Rok LIII. Kraków, dnia 21. marca 1914 Nr 12

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Wymienione właśnie szczegóły zdają się zasługiwać tembardziej na uwagę, skoro się uwzględni, że u wagotoników należy, o ile o tem sądzić mogę z moich własnych spostrzeżeń, do stałych zjawisk powiększenie gruczołu tarczowego. Jak się zachowują gruczoły przytarczyczne, o tem sądu wydawać nie mogę. Nie uważałbym jednak za niespodziankę, gdyby się w nich znalazły jakieś zmiany.

Powiększenie tarczycy nie jest nigdy znaczne, zawsze jednak o tyle wyraźne, że gruczoł wypukla się pod skórą. Z właściwym wolem nie spotkałem się dotychczas ani razu.

Nie tak stale, ale jednak nierzadko, stwierdzić można znamiona usposobienia zołzowego. Nie bywa ono wysokiego stopnia, zdradza się jednak w każdym razie większą grubością warg, soczystością i obrzęknięciem błony śluzowej nosa i gardła, znacznem powiększeniem migdałków, obecnością mniej lub więcej licznych gruczołów chłonnych na szyi, w pachach i w pachwinach. Obrzęk błony śluzowej gardła niema bynajmniej cech zapalnych. Przeciwnie błona śluzowa jest raczej blada, odznacza się przytem małą wrażliwością. Bardzo często nie można wprost wzniecić odruchu gardłowego. I może istotnie wolnoby było uważać takie zachowanie się gardła wraz z Hessem i Eppingerem za jeden z ważniejszych szczegółów rozpoznawczych dla wagotonii.

W związku z narządem chłonnym wspomnieć trzeba także i o grasicy. O ile t. zw. »status thymolymphaticus« należy do właściwości ustrojowych wagotoników, za czem się oświadczają, przynajmniej po części, niektórzy autorowie, trudno na razie rozstrzygać. Bardzo być może, że jest tak istotnie. U kilku młodocianych chorych, leczonych na moim oddziale, mogliśmy stwierdzić niezwykłe stłumienie odgłosu opukowego na mostku w tem miejscu, w którem leży grasica. Ale na to trzeba, aby gruczoł miał nieco większą objętość. Przy nieznacznej hiperplazyi trudno się spodziewać wyraźniejszych objawów fizycznych, a wykazanie, że gruczoł jest powiększony, albo, że istnieje jeszcze w tym okresie rozwoju cielesnego, w którym go zazwyczaj już nie spotykamy, jest bardzo niełatwe. Nawet prześwietlenie promieniami Röntgena zawieść tu może zupełnie.

Do stałych cech, spostrzeganych u osób z wyraźnemi oznakami podrażnienia autonomicznego, należą pewne zmiany w składzie krwi. Odnoszą się one w pierwszym rzędzie do wzajemnego stosunku ciałek białych. Obok eozynofilii, opisywanej przez wiedeńskich autorów, spotykaliśmy w naszych przypadkach stale znaczniejszą odsetkową ilość ciałek jednojądrzastych i to zarówno limfocytów, jak dużych leukocytów, oraz ciałek białych przejściowych. Ciałek białych neutrochłonnych bywało zawsze mniej, aniżeli to bywa w warunkach prawidłowych. Liczniejsze gromadzenie się ciałek eozynochłonnych i limfocytów zasługuje tem bardziej na uwagę, że spotykamy się z tem samem zjawiskiem także w stanach hipotyroidozy, zwłaszcza zaś w przypadkach obrzęku śluzowatego. Zupełnie podrzędne znaczenie mają zmiany, odnoszące się do ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych. Limfocytoza i eozynofilia należą, zdaje się, do rzędu istotnych znamion wagotonii.

Ważną wreszcie powszechną cechą ustrojów wagotonicznych jest zachowanie się wobec trucizn autonomicznych z jednej, sympatykotropijnych z drugiej strony. Wobec pierwszych są one niezmiernie wrażliwe. Odczyn cechujący działanie, używanej najczęściej do badania tego odczynu trucizny, pilokarpiny, występuje już po małych dawkach. Niejednokrotnie mogliśmy stwierdzić, że po 5 miligramach leku zjawiało się bardzo rychło nietylko silne zaczerwienienie skóry, zwłaszcza twarzy i obfite pocenie się, ale także ślinotok, podrażnienie do wymiotów, czasem także wprost wymioty, niepokój w kiszkach, parcie do oddania stolca, wyjątkowo przypadłości sercowe z osłabieniem siły skurczów, zmaleniem i zwiotczeniem tętna, czasem z falami tętna t. zw. czynnego. U takich osób nie wywołują zwykłe dawki nadnerczyny ani cukromoczu, ani innych objawów podrażnienia nadnerczynowego.

Przejdziemy teraz do objawów wagotonii, wynikających ze zmienionej czynności poszczególnych narządów.

Wzmianka należy się tutaj na wstępie s k ó r z e. Bywa ona prawie zawsze soczysta, zwykle wilgotna, okazuje wielką skłonność do pocenia się. Nawet wśród badania stwierdzić można, jak u wielu osób rosą potu pokrywa się twarz,

zwłaszcza czoło i nos, i jak z pod pach spływają obfite krople potu po bocznych częściach klatki piersiowej. Chorzy sami skarżą się na to. Bardzo przykrem dla nich bywa zwłaszcza pocenie się rąk i nóg. Kończyny są bardzo często chłodne, niekiedy sinawe. Objawów tych nie możemy sobie dotychczas ściśle wytłómaczyć, ale stoją one niewątpliwie w związku z usposobieniem wagotonicznem. Jedna z naszych chorych, u której od czasu do czasu pojawiał się skurcz wpustu żołądka i kurcze połyku, podała w wywiadach, że wie naprzód o zbliżaniu się napadu i poznaje to po tem, że zaczynają jej ziębnąć i pocić się nogi. Wybiórcze trucizny z grupy t. zw. muskarynowej, do których obok muskaryny zaliczamy ze stanowiska farmakodynamicznego ezerynę, pilokarpinę, neurynę i t. d. działają niewątpliwie podniecająco na gruczoły potne. Przyjąć wobec tego należy, że gruczoły te podlegają wpływom bodźców autonomicznych. Sprawę zmian naczynioruchowych zostawić trzeba otwartą. Ale i tu wolno wyrazić przypuszczenie, że nerwy naczynioruchowe stoją w bliższym jakimś związku z układem nerwu błędnego. Uprawnia do tego spostrzeżenie, że skóra u wagotoników oznacza się niezwykłą wrażliwością wobec podniet wszelkiego rodzaju. Przez względnie lekkie przesuwanie po niej jakimkolwiek twardszym przedmiotem można na niej wprost pisać t. zw. liniami Trosseaua. Dermografizm jest jej bezsporną właściwością. Oznaką wielkiej wrażliwości całego układu skórnego jest także wielka skłonność do rozmaitego rodzaju osutek, i to nietylko przemijających, jak rumień nerwowy lub pokrzywka, ale także trwalszych, jak n. p. trądzik pospolity, wyprysk i t. p. W ostatnich czasach obudziło się także i w dermatologii zajęcie sprawą możliwego związku między zaburzeniami wegetatywnemi, a niektóremi chorobami skóry. O ileby się powiodło uzasadnić bliżej istnienie takiego związku, rozjaśniłyby się zapewne także i inne zagadnienia, odnoszące się do stosunków skóry z układem nerwowym wegetatywnym. Spostrzeżenia, poczynione w obrzęku śluzowatym i w pokrewnych mu sprawach, czynią tego rodzaju stosunki bardzo prawdopodobnymi.

Nieprawidłowe napięcie w zakresie mózgowych włókien nerwu błędnego odbija się nierzadko zmianami w stanie oka. Do zmian, znanych najlepiej, należy wązkość źrenic. W całej pełni występuje ona na jaw zazwyczaj dopiero w okresie napadów nerwicy autonomicznej, bez względu na to, który narząd jest siedliskiem wyładowania. Znaną jest zresztą rzeczą, że u chorych na wiąd rdzenia, cierpiących od czasu do czasu na t. zw. przełomy, pojawia się prawie zawsze przed napadem zwężenie źrenic i że na tej podstawie wprost przepowiedzieć można zbliżanie się przełomu wiądowego. U niektórych z pośród moich chorych przydarzała się także nierówność źrenic.

Oprócz mięśnia zwężającego źrenicę zaopatrują włókienka autonomiczne także mięsień napinający soczewkę oka. Przez napięcie tego mięśnia przybiera ona kształt bardziej kulisty, skutkiem czego powstaje krótkowzroczność, wada, spotykana często u wagotoników. Bardzo niemiłem następstwem nadmiernego, okresowego napięcia bywa skurcz akomodacyi, ustępujący dopiero po pewnym czasie przy zachowaniu zupełnego spoczynku i po wkraplaniu do oka atropiny celem porażenia włókienek autonomicznych. Może on występować jako zupełnie samoistna nerwica, a później ustąpić miejsca objawom wagotonicznym, zgoła gdzieindziej usadowionym. Z przykładem takim spotkałem się niedawno u trzydziestokilkoletniej chorej, która w czasie nauki szkolnej, a nawet i później jeszcze, miewała napady skurczu akomodacyi. Obecnie istnieją u niej objawy autonomicznej nerwicy jelit.



Ryc. 1.

Ciekawem znamieniem wagotonii, a zarazem cennym dowodem wspólności fizyologicznej ocznych gałązek n. błędnego z gałęzią opuszkową są zmiany, powstające za uciskiem oka w czynności serca, opisane przez Aschnera. Przez ucisk, wywarty na gałki oczne, zwalnia się u wielu wagotoników bardzo wyraźnie tętno, fale jego maleją; często zatraca się rytm pierwotny. W kilku przypadkach zdarzało mi się spostrzegać nadto tak znaczne zwiotczenie tętna, że mówić było można wprost o tętnie dwubitnem. Stopień, w jakim te zjawiska występują, bywa nader różny. U jednych osób można je stwierdzić przez proste fizyczne badanie, u innych trzeba się uciekać do zdjęć sfigmograficznych i do oglądania obrazów tętna, a nawet i do mierzenia pojedynczych fal. Dla samego badania ważną jest rzeczą, aby ucisk nie był jednostajny, lecz przerywany. Właściwie lepiej byłoby mówić o szeregu wstrząśnień przez uciskające palce.

Na zakończenie uwag, odnoszących się do oka, wspomnieć jeszcze trzeba o zachowaniu się szpary powiekowej. W zestawieniu skutków podrażnienia obu wegetatywnych układów nerwowych zamieściliśmy po stronie autonomicznej, wśród mięśni, mięsień dźwigający powiekę. Otóż u wagotoników skutkiem znacznego stałego jego napięcia rozszerza się szpara powiekowa i rozszerzenie może być tak znaczne, że powstaje przez to wrażenie wystawania gałki ocznej. Dopiero przy

bliższem oglądaniu wychodzi na jaw, że złudzenie jest następstwem rozszerzenia szpary powiekowej. Wejrzenie oka, a przez to i cały wyraz twarzy są skutkiem tego wcale cechujące. Przekonać się o tem łatwo z ryciny (ryc. 1), sporządzonej z fotografii chorego na chorobę Addisona, a więc należącego do grupy patologicznej, w której liczyć się musimy ze znacznem napięciem w zakresie autonomicznym wprost skutkiem tego, że układ współczulny jest chory. U naszego chorego istniały istotnie liczne oznaki pobudzenia autonomicznego w postaci potów, biegunek, zwolnienia tętna obok, zwykłego w tych przypadkach, ogólnego osłabienia.

Eppinger i Hess mówią o częstym, niezbyt zresztą znacznym zezie zbieżnym i o wielkiej wytrzymałości mięśni prostych wewnętrznych i uważają te szczegóły również za następstwo znacznego, miarę fizyologiczną przechodzącego, napięcia ocznych gałązek n. błędnego. Ze zjawiskami temi spotykaliśmy się istotnie także w naszych spostrzeżeniach.

Przejdźmy teraz do narządu, który w codziennem życiu lekarskiem najczęściej bodaj daje sposobność do śledzenia rozmaitych objawów nieprawidłowej czynności, a nierzadko wymaga przy określeniu istoty i pochodzenia skarg chorych bardzo gruntownej rozwagi. Mamy tu na myśli narząd pokarmowy od samego początku, t. j. od jamy ust, aż do samego krańca, do odbytu. Zaburzenia, z któremi się tu spotykamy, rozdzielićby można, raczej wszakże tylko z dydaktycznych względów, na dwie grupy, grupę zboczeń wydzielniczych i grupę zboczeń ruchowych. Podział ten trudno wszakże wszędzie konsekwentnie utrzymać, gdyż czynnościowe zmiany wikłają się najczęściej ze sobą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przerwanie się pępowiny samorodne w czasie porodu.

Podał

Dr Pawlicki (Stary Sącz).

M. B. lat 30, mężatka, z B. Dwoje dzieci urodziła poprzednio prawidłowo; obecnie zaś, pomimo silnych bólów, poród nie postępował.

Wezwany przez położną, założyłem kleszcze na łóżku podłużnem i po kilku pociągnięciach wydobyłem główkę, resztę pozostawiając położnej, ponieważ musiałem na chwilę odejść. Zanim położna zbliżyła się do rodzącej, — macica wypchnęła płód tak szybko i gwałtownie, że pępowina przerwała się, i to w ten sposób, że krótsza jej część wystawała tuż przed sromem, a znacznie dłuższa pozostała przy płodzie. Oba wolne końce pępowiny były zupełnie gładkie, równe, jak nożem przecięte. Rodząca popadła w taką apatyę, że stała się zupełnie obojętną na wszystko, co się około niej działo.

Przypadek ten ma znaczenie sądowo-lekarskie, bo poucza, że pępowina może się przerwać i przy porodzie na łóżku, oraz że może wtedy wyglądać jakby przecięta.

Gdyby taki poród odbył się bez świadków, a noworodek zginął z upływu krwi, rodząca zaś, gdyby była podejrzana o dzieciobójstwo, — toby lekarz sądowy zapewne orzekł, że rodząca udzielała sama sobie pomocy i przecięła pępowinę, nie podwiązawszy jej umyślnie, aby krew uszła. A przecież byłoby to mylne.

Sprawozdania.

Sprawozdanie z podróży naukowej w zakresie dermatologicznym

odbytej z zasiłkiem Wydziału krajowego

przez

Dra Maurycego Spatza,

sekundaryusza szpitala powszechnego w Jarosławiu.

(Dokończenie).

W przyjmowaniu i leczeniu chorych kiłowych trzymano się zasady, aby chorych z pierwotnemi i jawnemi zmianami chorobowemi poddać energicznemu leczeniu na oddziale, a ambulatoryjnie leczyć tylko chorych w okresie późniejszym, dla otoczenia mniej niebezpiecznym. Liczba zgłaszających się chorych kiłowych była bardzo wielką. Codziennie na oddział przyjmowano 4—16, a czasami nawet w jednym dniu i 25 chorych ze świeżemi zmianami kiłowemi. W metodzie samego leczenia trzymają się zasady, aby leczenie rozpocząć jak najwcześniej i możliwie zapobiedz wnikaniu i rozprzestrzenianiu się krętków bladych z miejsca pierwotnego zakażenia drogą naczyń chłonnych i krwionośnych w tkanki i narządy dalsze.

Z chwilą stanowczego rozpoznania kiły metodą kliniczną, w przypadkach niepewnych drobnowidową przez stwierdzenie krętków bladych, lub serologiczną (Wassermann), wszczyna się energiczne leczenie swoiste, ogólne i miejscowe przetworami rtęci, jodu i arsenu (salwarsan).

W przypadkach chorobowych świeżych z wrzodem pierwotnym w pierwszym okresie chorobowym, to znaczy między 2. a 4. tygodniem przy zupełnym braku objawów ogólnych i przy ujemnym wyniku próby Wassermana, stosowano tak zwane leczenie swoiste poronne, mające na celu usunięcie z ustroju możliwie jak najwcześniej krętków bladych. Przy odpowiednich warunkach anatomicznych wycinano szeroko wrzód w tkance zdrowej, stosowano wcierania maści rtęciowej lub wstrzykiwania śródmięśniowe roztworu 10% salicylanu rtęciowego i równocześnie w przypadkach odpowiednich robiono wlewania śródżylne salwarsanu. Przy wrzodach nie nadających się do wycięcia, lub usadowionych w miejscu innem, jako to w gardle, na migdałku, wardze górnej itd., stosowano natychmiast wcierania, wstrzykiwania i salwarsan. Miejscowo stosowano na wrzody na prąciu lub innych miejscach, nadających się do tego, przylepiec rtęciowy W przypadkach ze stulejką następową wypychano rowek wieńcowy prącia gazą, napojoną maścią rtęciową. W przypadkach kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej stosowano tylko przetwory rtęciowe w postaci wcierań lub wstrzykiwań śródmięśniowych i przetwory jodu, nigdy zaś nie stosowano salwarsanu, który, jak wspomniałem powyżej, stosowano tylko w pierwszych 4—5 tygodniach przy istniejącym wrzodzie pierwotnym, a braku jakichkolwiek objawów ogólnych, przy zupełnie ujemnej próbie Wassermanna, w przypadkach także pod każdym innym względem nadających się do tego leczenia.

Doświadczenia bowiem w blizko 700 przypadkach kiły drugorzędnej, w których na klinice prof. Fingera stosowano salwarsan śródżylnie, nakazały pewną ostrożność w zalecaniu

tego środka. Na 654 przypadków, leczonych salwarsanem, w 44 wystąpiły groźne objawy chorobowe w zakresie nerwu wzrokowego i słuchowego, szczególnie nerwu przedsionkowego, mniej w zakresie nerwu ślimakowego i okoruchowego w postaci szybkich nawrotów kiłowych, »neurorecydyw«. Dwaj chorzy w kilka tygodni po zastosowaniu salwarsanu zmarli. W jednym z tych przypadków sekcya wykazała jako przyczynę śmierci liczne wybroczyny mózgowe (encephalitis haemorrhagica), w drugim zmiany swoiste w mózgu. W przypadkach nieleczonych salwarsanem bardzo rzadko bywały podobne objawy nawrotów chorobowych. Te niekorzystne wyniki salwarsanu w przypadkach kiły drugorzędnej wczesnej są przyczyną, że na klinice prof. Fingera stosują salwarsan tylko dla leczenia poronnego.

Każdy chory, nadający się do leczenia salwarsanem, nie okazujący objawów chorobowych ogólnych szczególnie ze strony narządów krążenia, zbadany przez odpowiednich specyalistów co do stanu wzroku i słuchu, podpisuje oświadczenie, iż sam prosi i zgadza się na wlewanie śródżylne salwarsanu i za ewentualne następstwa niekorzystne nie będzie kliniki czynił odpowiedzialną. Dwa dni przed zabiegiem i w dniu zabiegu dostaje chory tylko lekką skąpą dyetę mleczną, ze względu na mniejsze podobno w tym razie działanie toksyczne salwarsanu. Technika wlewania śródżylnego jest w klinice wiedeńskiej takasama, jak ogólnie obecnie stosowana i na innych klinikach, polecona pierwonie przez Weintraud-Assiny. Przyrząd, do tego służący, składa się z jednometrowego stojaka, uzbrojonego w dwuramienną nasadę, mogącą pomieścić dwa szklanne cylindry o 200 cm^3 pojemności, opatrzone drenami gumowymi, łączącymi się ze sobą; każdy z tych drenów zaopatrzony jest zaciskadłem, a wspólny odcinek końcowy dostosowany dla odpowiedniej igły (Venenpunctionskanüle). Jedno naczynie napełnia się ciepłym (40^0) rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, drugie rozczynem salwarsanu. Rozczyn salwarsanu przygotowuje się w ten sposób, że 0·50 salwarsanu rozpuszcza się w pewnej części fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, do tego dodaje się 2·8—4·2 cm^3. normalnego rozczynu ługu sodowego i rozcieńcza następnie znowu rozczynem fizyologicznym soli kuchennej aż do 200 cm.^{3}. Po założeniu opaski uciskowej na jednem z ramion wprowadza się igłę do jednej z większych żył, zdejmuje się opaskę i wlewa się zrazu dla przekonania się, że igła jest odpowiednio umieszczona, nieco fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Następnie przez zamianę zaciskadeł wprowadza się całą ilość salwarsanu, a przy końcu doprowadza się znowu 10—15 cm ^{3} fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. W ten sposób przeprowadzone wlewanie wywołuje bardzo małe objawy uboczne. Po dniach 14, o ile chory pierwsze wlewanie dobrze zniósł, stosuje się powtórnie tę samą dawkę, a w przerwach chory dostaje wcierania lub wstrzyknięcia podskórne.

We wszystkich przypadkach chorobowych z wrzodem pierwotnym zmiany chorobowe, leczone w ten sposób, już po kilku dniach ustępowały, próba Wassermana ze krwi przez okres dłuższy, 10—14 miesięcy, pozostawała ujemną, a nawroty we wspomnianym okresie występowały bardzo rzadko i zawsze prawie skąpe.

Z objawów ubocznych po salwarsanie spostrzegałem wymioty, nudności, i to w 6—8 godzin po wlewaniu, rzadziej już podwyższenie ciepłoty, która nigdy nie przekraczała 39^0. W dwóch przypadkach, które spostrzegałem, chorzy podczas wlewania doznali uczucia nudności i osłabienia, przyczem zauważyłem ogólne zaczerwienienie skóry, tętno przytem przyspieszone i słabo napięte; objawy te wkrótce przemijały, a tłómaczyłem je sobie, jako przemijające zatrucie arszenikiem. W jednym przypadku spostrzegałem w kilka dni po wlewaniu 0·50 salwarsanu podwyższoną ciepłotę do 38·8^0, utrzymującą się stale przez dni 9, ogólną silną żółtaczkę, bolesność i zaczerwienienie w okolicy nakłucia. Miałem również sposobność widzieć przypadki chorobowe, w których przed okresem 10—12-miesięcznym podjęto jedno wlewanie śródżylne 0·50 salwarsanu, a zresztą żadnego innego leczenia nie stosowano; przypadki te charakteryzowały się wytworzeniem się kłykciny o wejrzeniu wrzodu twardego w miejscu pierwotnego schorzenia (papula chancriformis).

Przypadków leczonych salwarsanem w czasie mego pobytu obserwowałem około 40 i w tych wszystkich przypadkach przy ścisłem wskazaniu i odpowiednio podjętym zabiegu łącznie z energicznem stosowaniem przetworów rtęciowych widziałem skutki dobre, a z przypadków, leczonych poprzednio, zgłaszających się dla kontroli, nabrałem przekonania, że salwarsan jest doskonałym środkiem pomocniczym objawowym przy leczeniu kiły, stosowany łącznie z rtęcią i jodem; co do wartości działania objawowego nawet przewyższa rtęć i jod, lecz kiły swoiście nie wylecza i nie zabezpiecza przed nawrotem.

Największe usługi oddaje salwarsan przy leczeniu poronnem, jest też w tych razach najmniej niebezpiecznym, nie wyłącza jednak nawet w tych razach leczenia przewlekłego przerywanego rtęcią i jodem, choć okresy przerw są dłuższe, niż przy leczeniu tylko rtęcią i jodem. Ważne wskazówki daje w tych przypadkach badanie okresowe krwi sposobem Wassermana.

Z przetworów rtęciowych stosują w klinice szarą maść rtęciową, salicylan rtęciowy w 10$^0/_0$ rozczynie parafinowym, enesol, embarin, a w ostatnich czasach w celach doświadczalnych przetwór nierozpuszczalny soli rtęciowych Richtera.

Przypadki kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej, jakoteż chorych z objawami przymiotu, nie nadających się do leczenia salwarsanem, leczy się w pierwszym rzędzie wcieraniem maści rtęciowej.

Chorzy, przeznaczeni do wcierań, gromadzą się po wizycie porannej, rozbierają do naga, okrywając tylko odpowiednimi fartuchami części płciowe i pod kontrolą dozorczyni wcierają w odpowiednią część ciała 5 gramów maści przez pół godziny. Co siódmy dzień kąpiel. Wcierań, zależnie od przebiegu, biorą chorzy 25—30, a nawet 35, niektórzy zaś, u których drugorzędne objawy kiłowe są uporczywe, otrzymują nadto w okresie wcierania także 2—3 wstrzyknięć 10$^0/_0$ rozczynu salicylanu rtęciowego w ilości 1 gr, strzykawki Prawatza dla wzmocnienia działania wcierań. Liczba chorych, wcierających na jednej sali, nie przekracza nigdy 12 z powodu wyparowywania ulatniającej się rtęci i oddziaływania ujemnego na innych chorych, u których często w następstwie tego występują objawy zapalne na błonie śluzowej ust i dziąseł.

U reszty chorych kiłowych z oddziału, oraz u wszystkich chorych, pozostających w leczeniu ambulatoryjnem, stosuje się wstrzykiwania śródmięśniowe rozczynu salicylanu rtęciowego 10$^0/_0$ po całej lub pół strzykawki Prawatza w odstępach 5-dniowych, ewentualnie 3-dniowych.

Na oddziale pozostają chorzy dopóty, dopóki widoczne są u nich jawne objawy chorobowe; z chwilą ustąpienia tych objawów wypuszcza się chorych z oddziału i zatrzymuje nadal w leczeniu ambulatoryjnem, dając każdemu odpowiednie drukowane pouczenie o dalszem zachowaniu się, w którem to pouczeniu kładzie się szczególny nacisk na występujące nawroty, możliwość zakażenia domowników i osobistą odpowiedzialność sądową za świadome narażenie innych na niebezpieczeństwo. Czystość jamy ustnej utrzymuje się przez kilkakrotne codzienne pędzlowanie »tinct. gallarum et ratanhiae«, płukaniem częstem 3$^0/_0$ rozczynem chloranu potasowego, jednorazowem pędzlowaniem dziąseł 33$^0/_0$ rozczynem wody utlenionej, przyczem zwraca się również uwagę, aby mężczyźni, leczeni przetworami rtęci, wcale nie lub bardzo mało palili

Co do metody leczenia kiły samej przeważa na klinice przekonanie o konieczności leczenia zapobiegawczego przez okres przynajmniej pierwszych 2 lat, niezależnie od występujących objawów klinicznych lub od wyniku próby Wassermana. Leczenie przeprowadza się w ten sposób, że poleca się każdemu choremu zgłaszać się każdorazowo po

3-miesięcznej przerwie do ponownego leczenia czy to dla stosowania wcierań, czy też wstrzykiwań przez wymieniony okres tak, aby każdy chory w tym czasie przebył 8 zabiegów leczniczych. Po okresie dwuletnim badać należy co 4—6 miesięcy krew sposobem Wassermana, a w razie dodatniego wyniku znowu poddać chorego dalszemu leczeniu. Każdego chorego, przyjętego na klinikę, bada się sposobem Wassermana; zyskuje się przez to przedewszystkiem na doświadczeniu co do wartości samej próby Wassermana, a następnie wyławia się niektóre przypadki kiły utajonej u chorych, zgłaszających się z objawami klinicznymi innej choroby. Badanie krwi przeprowadza się w pracowni odpowiednio urządzonej, która pozostaje pod kierownictwem jednego z asystentów klinicznych; w pracowni tej wykonuje się badania nietylko chorych z tego oddziału, lecz ze wszystkich oddziałów szpitalnych i ze wszystkich klinik, mieszczących się w zabudowaniach powszechnego szpitala wiedeńskiego tak, że dziennie wykonuje się 100 - 150 badań.

Prócz kierownika zajętych jest w pracowni 2 lekarzy i 2 dozorców, wprawionych tak w technikę, że i 300 badań dziennie bez trudności przeprowadzić mogą. Co do samej techniki próby Wassermana, to trzymają się tam ogólnie obecnie przyjętego schematu, ułatwiwszy sobie tylko to, że zamiast metody miareczkowania, stosują doświadczalnie uzyskaną metodę operowania kroplami (Tropfenmethode), odpowiadającą ściśle ilościom przepisanym odczynników.

Jako wywoływacza (antygenu) używa się wyciągu alkoholowego serca zwierzęcego; nadto w przypadkach wątpliwych, w których sama normalnie użyta ilość alkoholu, mieszczącego się w wywoływaczu, działa hemolitycznie na dopełniacz, używa się wywoływacza rozcieńczonego podwójnie, a względnie potrójnie fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. Rozcieńczenie to uzyskuje się w sposób zwyczajny, mieszając jedną część wywoływacza z dwiema częściami fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, następnie odparowuje się odpowiednią ilość wywoływacza do połowy pierwotnej objętości i jeszcze na gorąco dodaje się dwie części rozczynu soli kuchennej, przez co uzyskuje się wywoływacz o zmniejszonej ilości alkoholu, ale o równej ilości ciał lipoidalnych w stosunku $^1/_3$ alkoholu na $^2/_3$ ciał lipoidalnych. Wywoływacz, w ten sposób sporządzony, z surowicą kiłową wiąże się znacznie czulej i częściej, z surowicą niekiłową nawet w większych ilościach mniej czule i rzadziej, i służyć może z tego powodu doskonale dla kontroli wątpliwych wyników prawidłowo przeprowadzonej próby Wassermana.

Co do samej wartości próby Wassermana dla rozpoznania kiły, to klinika wiedeńska opiera się obecnie na wynikach przeszło 60.000 badań.

Technika próby Wassermana, sama przez się nie trudna, wymaga jednak wielkiej wprawy i ścisłości, albowiem nieznaczne błędy w technice wpływają bardzo często na ostateczny wynik błędny. Bezwzględną wartość mogą mieć jedynie próby, podjęte w pracowniach wzorowo prowadzonych przez ludzi, jedynie serologią się zajmujących. Na poparcie tego twierdzenia może posłużyć okoliczność, iż podczas mego pobytu w pracowni wiedeńskiej wyniki próby Wassermana przez kilka dni nie odpowiadały w kilku przypadkach postaciom klinicznym; mianowicie mimo klinicznie stwierdzonej kiły w 8. do 10 tygodniu choroby wyniki próby Wassermana były wątpliwe lub ujemne. Zastanawiano się i dociekano przyczyny, kontrolowano kilkakrotnie wszystkie odczynniki, szczególnie wywoływacz, kombinowano wszelkie możliwe usterki w przeprowadzeniu doświadczenia i dopiero po wyłączeniu wszystkich innych możliwych przyczyn stwierdzono, że ekspedycya alkoholu w aptece nie była ścisłą, dostarczono bowiem zamiast 95% alkoholu w jednym dniu alkohol 70%. Po ponownem sporządzeniu wywoływacza uzyskano dalsze wyniki pewne.

Klinika wiedeńska, opierając swe doświadczenia co do wartości próby Wassermana na tak obfitym materyale, doszła do przekonania, że dodatni lub ujemny wynik próby Wassermana przy uwzględnieniu objawów klinicznych jest stanowczo pewnym czynnikiem rozpoznawczym, przyczem należy pamiętać, że w przypadkach nie leczonych kiły pierwszorzędnej, dodatni wynik próby pojawia się dopiero między 6. a 7. tygodniem, następnie, że mimo, iż w kile drugorzędnej nie leczonej prawie w 100% jest wynik dodatni, to przecież istnieją postacie kiły przebiegające złośliwie, w których próba Wassermana jest stale ujemną, nadto, że ujemną jest również u osobników charłaczych i wyniszczonych. Dodatnie wyniki otrzymuje się we framboezyi, »durine«, trądzie, zimnicy i durze powrotnym, nadto w niektórych postaciach posocznicy, gruźlicy krtani, raka, tocznia rumieniowego (lupus erythematodes), złośliwych gruczolaków chłonnych (lymphoma malignum).

Ujemny lub dodatni wynik próby Wassermana w dalszym przebiegu choroby nie wpływa jednak nigdy na tok leczenia następowego nawet mimo ewentualnego braku innych objawów klinicznych kiły, choć w każdym przypadku bada się tak przed podjęciem leczenia, jakoteż i po jego ukończeniu krew sposobem Wassermana.

Większe znaczenie przypisują w dalszym przebiegu kiły próbie Wassermanna w rokowaniu co do ewentualnych nawrotów, albowiem stale utrzymujący się lub częściej ponawiający się dodatni wynik próby W. jest zawsze dowodem pewnych, trwale utrzymujących się zmian molekularnych ciał białkowych surowicy krwi, zależnych prawdopodobnie od dotychczas niewyjaśnionego odczynu krętków bladych na surowicę.

Rekapitulując tedy wywody co do wartości próby

Wassermana, dochodzę do wniosku, że według spostrzeżeń moich na klinice i według przezemnie w pracowni wiedeńskiej po odpowiedniem przygotowaniu się podjętych doświadczeń, wynik próby Wassermana ma stanowczo doniosłe znaczenie: 1) dla samego rozpoznania choroby swoistej przy uwzględnieniu zmian chorobowych klinicznych; 2) dla orzeczenia, czy w danym przypadku należy podjąć leczenie poronne kiły; 3) dla rokowania o przebiegu dalszym. Mniejsze znaczenie posiada już wynik próby Wassermana dla pytania, czy w danym przypadku należy systematycznie przeprowadzić leczenie zapobiegawcze, czy też nie, albowiem nawet w takich przypadkach, w których przez okres dłuższy utrzymuje się próba Wassermana ujemna, nawroty w późniejszym okresie nie są wyłączone.

Wobec tego nasuwa się mimowoli pytanie, czy wskazanem jest w szpitalach prowincyonalnych uciekać się do próby Wassermana w przypadkach kiły? Konieczną jest ona w przypadkach wątpliwych, ważną — w przypadkach, które nadają się do leczenia poronnego zapomocą salwarsanu, i właściwą rzeczą będzie w tych przypadkach krew chorych pod odpowiedniemi kautelami przesłać do któregoś z zakładów krajowych, odpowiednio urządzonych i przeprowadzających doświadczenia na wielkim materyale chorobowym. Albowiem jest rzeczą wyłączoną, aby nawet przy dobrze opanowanej technice lekarz w szpitalu prowincyonalnym mógł sam jeden bez odpowiednio wyćwiczonej służby podołać wszelkim koniecznym zabiegom celem stałego utrzymania odpowiednich odczynników, zważywszy, że na przeprowadzenie choćby najmniejszej liczby prób konieczny jest prawie ten sam okres czasu, co dla przeprowadzenia prób w liczbie 30 — 50-krotnej, pomijając już to, że w wielu szpitalach brak najprymitywniejszych urządzeń, jak n. p. termostatu.

Urządzenie pracowni, w której próby W. możnaby dokonać, połączone jest z kosztem 1000 koron, nie licząc kosztów dalszego jej utrzymania. Proponuję tedy, aby Wydział krajowy zaopatrzył szpitale powszechne w odpowiednie pudełka drewniane, mieszczące w sobie dwie rurki szklanne na krew, przeznaczoną do badania (według wzoru zakładu serologicznego wiedeńskiego) i aby polecił jednemu z oddziałów chorób skórnych w szpitalach krajowych przeprowadzać próby Wassermana dla wszystkich szpitali.

Chorób skórnych miałem na klinice sposobność spostrzegać bardzo liczne przypadki.

Świerzb leczony bywa maścią siarkową; smarując raz lub dwa razy dziennie całe ciało dokładnie tą maścią, posypuje się następnie mączką i zawija chorego odpowiednimi kocami dla zapobieżenia zanieczyszczeniu bielizny. Po 3—4 dniach opuszcza chory, nie wykąpawszy się nawet, oddział z poleceniem, by dopiero po upływie 4—5 dni w domu się wykąpał; nawrotów przy tym sposobie leczenia nie widziałem.

Toczeń zwykły (lupus vulgaris) leczą na oddziale najrozmaiciej, zależnie od siedziby i nasilenia. Najczęściej używa się maści lub przylepca pyrogalusowego 10—15—30%, stosując je do chwili, w której zauważyć się daje odczyn zapalny skóry, stosując nadto przetwory 10—20—30—35% rezorcyny w glicerynie i niszcząc poprzednio ogniska chorobowe ługiem potasowym (cali causticum) lub lapisem. Leczenie to kombinują często ze stosowaniem tuberkuliny i naświetlaniem promieniami Röntgena, niektóre znowu przypadki odsyłają do zakładu dla leczenia tocznia (Lupusheilstätte), w którym stosują światło finsenowskie. Chirurgicznie leczą tylko te przypadki tocznia, w których zmiany chorobowe ograniczone są tylko do małych przestrzeni, a to wychodząc ze stanowiska, że przy zabiegu chirurgicznym, szczególnie przy stosowaniu ostrej łyżki, niszczy się często zdrowe części, utrudniając przez to zabliźnianie.

Toczeń rumieniowy (lupus erythematodes) leczą podawaniem chininy w coraz większych dawkach, począwszy od 0·10 aż do 2 gr dziennie, stosując zewnętrznie nalewkę jodową, a w przypadkach odpowiednich zamrażanie chorej skóry śniegiem kwasu węglowego, przyczem wytwarza się wskutek oparzenia pęcherz zapalny, po którego usunięciu stosuje się następnie maści obojętne. Technika zamrażania jest bardzo łatwa. Z syfonu metalowego, mieszczącego w sobie kwas węglowy, wypuszcza się go do odpowiedniego worka skórzanego, strzepuje kilkakrotnie, przyczem wskutek szybkiego parowania zamienia się kwas węglowy na masę śnieżną. Taką kuleczkę śnieżną przykłada się na 5—10 sekund do schorzałej części ciała.

Z innych przypadków chorobowych nadają się do powyższego leczenia znamiona (naevus hyperkeratosus i naevus pigmentosus).

Łuszczycę leczą, podając wewnętrznie przetwory arszeniku (obecnie stosują chętnie pigułki arsojodynowe), rozpoczynając od 6 aż do 30 pigułek dziennie. Zewnętrznie stosują podobnie, jak przy świerzbie, maści siarkowe w połączeniu z przetworami dziegciowymi (flores sulfur., ol. rusci, vaselin flav. āā), przyczem badają często mocz. W ostatnich czasach polecają drastycznie działającą maść Dreuwa w następującym składzie: Rp. Acidi salicylici 10,0, chrysarobini, ol. rusci āā 20,0, saponis viridis, adip. lan. anhydr. āā 25,0. M. f. ung.

Zmiany na głowie leczą 5—10% maścią rtęciową białą.

Przy liszaju wyłysiającym (herpes tonsurans) stosują ambulatoryjnie szare mydło, przetwory smołowe, jakoteż 5—10% maść rtęciową białą. Na oddziale podjęto właśnie doświadczenia ze wstrzykiwaniami nalewki wodnej grzybków chorobotwórczych (trichophyton tonsurans) (Pilzaufschwemmung), nazwanej »Trichophitin«. Dwa przypadki, które widziałem, przemawiają bardzo za tym sposobem leczenia.

Parchy (favus) leczą tylko promieniami Röntgena którymi uzyskują wyleczenie doszczętne.

Liszaje (lichen ruber planus et acuminatus) leczą przetworami arszeniku, stosując zewnętrznie obojętne maści.

Przy figówce (sycosis parasitaria) podejmują epilacyę mechaniczną lub zapomocą promieni Röntgena, stosując następnie przetwory salicylowe, rtęciowe, 5—10% maść pyrogalusową, następnie nalewkę jodową, w ostatnich czasach wstrzykiwania trychofityny.

Z przypadków rzadszych miałem sposobność na klinice widzieć przypadki chorobowe: rogowca (keratoma palmare et plantare hereditarium, naevus hyperkeratosus), leczony przetworami nadnercza i zanik samoistny z twardziną skóry (atrophia idiopathica cutis cum sclerodermia), — spostrzegane często u osób dotkniętych gruźlicą — leczony kąpielami, gorącem powietrzem, miesieniem, wewnętrznie fibrolizyną, tyreoidyną lub tuberkuliną.

Ze względu na i tak już obszerne rozmiary tego sprawozdania wspomnę tylko w kilku słowach, iż norma żywienia chorych w szpitalu jest lepsza od naszej. Pożywienie dla chorych jest obfite i smaczne. Śniadanie, na które się składa mleko lub kawa, dwie bułki, dostają chorzy o godzinie 7. rano; pomiędzy 10 - 11. przed południem na drugie śniadanie: kromka chleba lub bułka z masłem, wszystko owinięte w papier tak, iż po wydaniu z kuchni nikt więcej nie dotyka się tego rękami. Obiad około 1/2 1 składa się z rosołu lub zupy, sztuki mięsa przy dyecie nr. 8 odpowiadającej naszej całej, następnie jarzyny i leguminy, nadto chleb. Na podwieczorek dostają chorzy ponownie mleko lub kawę, a na kolacyę, którą wydziela się około godziny 6, jakąś potrawę mleczną, dosyć często parę kiełbasek, kawałek kiełbasy, ewentualnie gulasz i tym podobne potrawy.

Zdarzyło się podczas mej bytności, iż kilkudziesięciu chorych z całego szpitala skarżyło się jednego dnia, iż po zjedzeniu kolacyi (kiełbasek) dostało rozwolnienia. Wszystkie stolce tych chorych podano natychmiast kilkakrotnemu badaniu klinicznemu i bakteryologicznemu, badano jakość wszystkich artykułów spożywczych, szczególnie wędlin, następnie naczynia kuchenne i t. d., wprawdzie bez jakiego-

kolwiek dodatniego wyniku. Wspominam jednak o tym fakcie z łatwo zrozumiałych względów.

Wspomnieć należy także, iż kierownik kliniki, prof. Finger, stoi na czele Towarzystwa, które wzięło sobie za zadanie zwalczanie chorób wenerycznych i kiłowych, i do tego celu zmierza różnemi drogami. Popularyzuje wiadomości o chorobach wenerycznych częstymi odczytami, przeznaczonymi dla najrozmaitszych sfer, uświadamia młodzież o zgubnych skutkach chorób wenerycznych i kiłowych, przestrzega i poucza o konieczności racyonalnego leczenia, stara się o zakładanie ambulatoryów we wszystkich dzielnicach miasta, a szczególnie o to, aby chorzy o każdej porze, nawet wieczorami, mogli zasięgać tam bezpłatnej porady lekarskiej.

Zastraszająca wprost liczba ludzi, zapadających na kiłę i inne choroby weneryczne, tłómaczy dostatecznie te zabiegi i starania, które godne są naśladowania w naszym kraju.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Parakodynę podawał Morgenstern (Fortschr. der Med. 1914, 4) u 70 chorych i stwierdził użyteczność tego środka jako kojącego kaszel (w dawce 0,02 pro dosi, 0,06 pro die), uspokajającego w rozmaitych stanach podrażnienia, zwłaszcza w kombinacyi z bromem, oraz uśmierzającego bóle. Parakodyna wywoływała niekiedy uczucie znużenia, utratę apetytu i bicie serca, ale nawet po najwyższej dawce jednorazowej 0,05!, nie zdarzały się powazniejsze następstwa. Parakodyna działa prawie dwa razy silniej od kodeiny. Kn.

W leczeniu dychawicy zaleca Borchardt podskórne wstrzykiwania 1 cm³ pituglandolu Roche. (Ther. der. Gegenw. 1913, 2). K.

Sputolysin jest to maść, złożona z kamfory, balsamu peruwiańskiego, jodku potasu, gwajakolu, mydła szarego i t. p., którą Fischel i Schönwald zalecają bardzo do wcierań przy gruźlicy płuc. (Med. Klin. 1913, 5). H.

Mesbé, środek zachwalany w gruźlicy, próbował Vulpius i wyraża się o nim bardzo sceptycznie. (Zblt f. Chir. 1914, 5). K.

Stosując isopral przez odbytnicę, osiągał Kleinschmidt (Berl. klin. Woch. 1914, 5) wprawdzie w wielu przypadkach bardzo dobry wynik, jednak zwraca uwagę, że działanie isopralu bywa czasem bardzo nierówne, po uśpieniu zjawić się mogą stany podniecenia, a przy większych dawkach zatrucia. K.

Jodival stosował Goette (Fortschr. der Med. 1914, 5) w ciągu $1^1/_2$ roku u wielu chorych w przypadkach dusznicy bolesnej i stwardnienia tętnic; wyniki równały się wynikom stosowania innych przetworów jodowych, od których jodival lepiej był przez chorych znoszony. Kn.

Liczba tętna we śnie u ludzi zdrowych ulega, podług Klewitza, wyraźnemu zwolnieniu. Natomiast u chorych na serce z wadami niewyrównanemi nieraz tętno we śnie nawet się przyspiesza. (Deut. Archiv f. klin. Med. 112, I—II). K.

Istizin, nowy środek przeczyszczający (syntetycznie uzyskany przetwór antrachinonu) stosował Cancrin w szpitalu Dyakonis w Dreznie w dawce 0,15 do 0,3 (w kołaczykach) u 90 chorych przeszło 150 razy z dobrym wogóle wynikiem. Zazwyczaj następowały wypróżnienia w liczbie 1—4 średnio w 6 do 8 godzin, przyczem chorzy nie doznawali większych dolegliwości, niż po innych podobnych środkach. Lek ten jest bez smaku. (Deutsche med. Woch. 1914, 5). B.

Drobnoustroje mleka bułgarskiego rozwijają swą działalność jedynie w obrębie jelit cienkich, gdy w jelicie grubem brak cukru, a bez niego nie mogą one wegetować. Otóż, aby temu zaradzić, dodaje do nich Miecznikow jeszcze t. zw. glikobakterye (otrzymane z jelit osesków), które mają własność rozkładania skrobi w jelicie grubem na cukier, przez co ściągają tam bakterye mleka bułgarskiego. Mieszaninę tę nazwał Miecznikow antestiferminem. (Deut. Landw. Presse. 1913, 10, V, XXX, 38). K.

Czopki z atofanu (po 1,0) dziennie 3—5 zaleca Klemperer przy dnie i gośćcu stawowym, gdy podawanie przez usta nie jest możebne. (Ther. der Gegenw. 1913, 2). K.

W zimnicy, opierającej się na leczeniu chininą, zaleca Pollitzer naświetlania śledziony promieniami Röntgena. (Tow. med. wewn. Wiedeń, XII, 1913). K.

Przy chorobie Basedowa tam, gdzie wykazać można grasicę, zaleca Stoerk naświetlanie jej promieniami Röntgena. W jednym przypadku otrzymał przez to wybitne polepszenie. (Tow. med. wewn. Wiedeń, XII, 1913). K.

Pieczywo dla chorych na cukrzycę, znajdujące się w handlu, badał Näf i przekonał się, że przeważnie nie różni się ono pod względem ilości węglowodanów od zwykłego chleba. Natomiast na wielkie uznanie zasługuje przepis na pieczywo domowe podług prof. Jaqueta. (Kor. f. Schw. Ärzte, 1914, 48). K.

Próbę sprawności śledziony podali swego czasu Frey i Lury. Mianowicie podług nich w razie dobrej czynności śledziony ma po adrenalinie zjawiać się limfocytoza, a potem leukocytoza neutrofilna, a po pilokarpinie limfocytoza. Otóż Kreuter na podstawie badań, dokonanych na człowieku po wycięciu śledziony, udowadnia, że cała ta »próba« nie ma wartości, bo i po wycięciu śledziony odczyny te wypadają taksamo. (Tow. lek. Erlangen, XI. 1913). K.

Próba Essbacha może podług Schmiza wypadać dodatnio także przy obecności w moczu ciał powstających po zażyciu urotropiny, heksalu lub borowertyny, o czem więc w wywiadach pamiętać należy. (D. m. W. 1914, 3). K.

Nową próbę indykanową podaje Jolles. 10 cm^3 moczu wstrząsa się z 2 cm^3 20% rozczynu cukru ołowiowego i przesącza, poczem miesza się $2^1/_2$ cm^3 10% alkoholowego rozczynu tymolu, 10 cm^3 kwasu solnego zawierającego chlorek żelaza i 4 cm^3 chloroformu. Chloroform po wstrząśnieniu przy śladach indykanu zabarwia się fioletowo, przy zmieszaniu z wodą żółto-bronzowo, a po dodaniu zgęszczonego kwasu solnego znowu fioletowo. (Wien. kl. W. 1913, 38). K.

W razie bólów w ranie po operacyi w znieczuleniu miejscowem podaje ze skutkiem Wolf pyramidon, i to zwykle zapobiegawczo w dwie, a potem w kilka godzin po operacyi. (Ztblt. f. Chir. 1913, 49). K.

O sublimacie w chirurgii wyraża się Marquis (Rev. de chir. 1913, VII) bardzo niekorzystnie. Zdaniem jego sublimat nie jest wcale tak silnym środkiem bakteryobójczym, jak się za zdaniem Kocha sądzi działa on bowiem nieraz 30—60 razy słabiej na bakterye, niż jodyna lub alkohol. Nadto krew z chlorkiem rtęci tworzy rychło zupełnie dla bakteryi obojętny białkan rtęci. Behring wykazał, że pewne bakterye (n. p. przecinkowiec cholery) mogą nawet zupełnie zniszczyć przeciwgnilne własności sublimatu. Zdolność przenikania sublimatu przez tkanki jest słaba. K.

Kostki bulionowe, obecnie bardzo reklamowane, są podług Schlesingera bardzo często produktami bezwartościowymi, bo zawierają 60% soli kuchennej, 10% tłuszczu, wody i innych dodatków, a tylko 30% wątpliwego wyciągu mięsnego z dodatkiem drożdży, grzybów i korzeni. (Med. Klin. 1914, 8). K.

Gonargina, nowy lek szczepionkowy, jest według Schuhmachera (Deut. med. Woch. 1913, 44) środkiem swoiście działającym przy wiewiórze i jego powikłaniach, zwłaszcza przy zapaleniu najądrza, zapaleniu stawów i pochewek ścięgien, mniej pewnie zaś przy zapaleniu gruczołu krokowego i pochwy. Stosuje się ją zapomocą wstrzykiwań śródmięśniowych. Zaczyna się od 5 milionów gonokoków, następnie w odstępach 3-dniowych stosuje się 10, 15, 25, wreszcie 50 milionów; więcej niż 5—6 wstrzyknięć zazwyczaj się nie stosuje. W razie silniejszego odczynu stosuje się mniejsze ilości szczepionki. Stosowanie dożylne nie daje żadnych wyników. N.

Papawerynę polecają Holzknecht i Sgalitzer (Münch. med. Woch. 1913, s. 1989) dla rozpoznania różniczkowego między kurczem odźwiernika, a zwężeniem w badaniu rentgenologicznem i podają ją (papaverin. hydrochloric.) w ilości 0.05—0.07 wewnętrznie. N.

Sprawozdanie

Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich za rok 1913,

który był 47. rokiem czynności tegoż Towarzystwa.

W myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Towarzystwa lekarzy galicyjskich z roku 1911, nakazującej Radzie zawiadowczej ogłaszanie drukiem sprawozdania z roku ubiegłego z początkiem następnego roku kalendarzowego, ogłaszamy krótkie sprawozdanie z czynności Towarzystwa za rok 1913 i podajemy wykazy rachunkowe, które stwierdzają stan finansowy z dniem 31 grudnia 1913.

I.

W roku 1913 należało do Towarzystwa naszego 779 członków. Z tych należało do Towarzystwa lekarskiego lwowskiego 275, do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego 219, do oddziałów prowincyonalnych 285, a członków, mieszkających poza granicami kraju (korespondentów) było 4. Liczba tedy członków się nie zwiększa, lecz zato członkowie spełniają z większą ścisłością, niż dawniej, obowiązki względem Towarzystwa. Zaległości wynoszą tylko około 10%. Pewną część dawnych zaległości ściągnięto. Spodziewać się należy, że uporządkowanie dalsze stosunków Towarzystwa, podniesienie znaczenia tegoż, powiększenie korzyści, które nieść będzie członkom, ich wdowom i sierotom — i wyrobienie u wszystkich kolegów poczucia obowiązku względem stanu, do którego należą, sprawią, że w przyszłości większa ilość kolegów się zaciągnie w poczet członków Towarzystwa.

Już z początkiem roku 1914 straciło Towarzystwo dwóch bardzo zasłużonych członków. Zmarł Dr. Edward Gerard Festenburg. Był on obecny na pierwszem Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, które się odbyło 2 grudnia 1867 r. i odtąd przez lat 47 bez przerwy był członkiem Towarzystwa, a przez szereg lat pełnił z gorliwością trudne obowiązki skarbnika. Kiedy złożył skarbnikowstwo, mianowało go Walne Zgromadzenie członkiem honorowym. Cieszył się ogólnym szacunkiem, piastował najwyższe godności, które się odbiera z rąk kolegów, prawdziwą czcią otaczali go mieszkańcy Lwowa i kraj cały. — Ofiarą zawodu padł Dr. Franciszek Sękiewicz, były zasłużony przewodniczący oddziału czortkowskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Należał do najgorliwszych członków naszych. Od szeregu lat, w każdem sprawozdaniu, jest wzmianka o staraniach jego, mających na celu podniesienie znaczenia naszego Towarzystwa i gromadzenie funduszów na humanitarne cele. — W roku 1913 zmarli koledzy: Bukowski (Wadowice), Kocaj (Krosno), Kreutz (Stanisławów), Rudnicki (Szczucin), Sokal (Jazłowiec), Witkowski (Łańcut). Cześć ich pamięci!

Piękny zwyczaj pamiętania o wdowach i sierotach po kolegach naszych, którzy zmarli, zanim zabezpieczyli przyszłość swojej rodzinie, także w bieżącym roku poważne Towarzystwu przyniósł dochody. Dary ofiarowane Towarzystwu są dwojakie. Jedne przeznaczone są na doraźne wsparcia wdów i sierót, a Rada zawiadowcza, wobec licznych podań o zapomogi i wielkiej, udowodnionej potrzeby petentek, całą tę kwotę używa na wsparcia. Inne dary ofiarowane są z zastrzeżeniem, że mają być kapitalizowane, a tylko odsetki przeznaczyć można na wsparcia. W roku 1913 dary, ofiarowane do rozporządzenia Rady zawiadowczej wynosiły 481 K — dary z zastrzeżeniem kapitalizacyi 9.937 K 50 h.

Na wdowy i sieroty ofiarowali: Dr. Hirschler 5 K, Dr. Sękiewicz z Buczacza 30 K, Dr. Kittner z Borszczowa 20 K. — Zamiast wieńca dla kolegi Sokala, oddział czortkowski 125 K, Dr Borowiec z Jazłowca 10 K, Dr. Kuchciak z Jazłowca 5 K — pan Niedzielski, Partyka i Hodoli razem 10 K i Dr. Tuczaniewicz 5 K Zamiast wieńca dla Dr. Kreutza w Stanisławowie złożyli lekarze stanisławowscy 170 K. Pani Marya Chuderska złożyła wreszcie 100 K na cele Towarzystwa, które z koleżeńskich względów nie przyjął Dr. Tarnawski za pobyt jej w zakładzie w Kossowie. Razem 481 K.

Następne dary mają się kapitalizować:

1. Pani Profesorowa Gilewska w Wiedniu ofiarowała na fundusz imienia swojego męża 1.000 K, za rok 1913 — a 500 K już na rachunek roku 1914, razem . . . . 1.500·—
2. Dr. Adolf Lukas z Wiednia na fundusz swojego imienia . . . . 200·—
3. Profesor Dr. Grzegorz Ziembicki w dniu swojego jubileuszu w papierach wartościowych nom. . . . . 1.000·—
4. Profesor Machek w papierach wartościowych nom. gotówką . . . . 131·70
5. Pani Radczyni Dr. Adolfowa Lukasowa dla uzupełnienia zapisu ś. p. swojego męża Adolfa w papierach wartościowych nom. . . . . . . 6.000·—
6. Departament sanitarny c k. Namiestnictwa, z powodu śmierci inspektora Dr. Filewicza złożył i ofiarował tę kwotę na powiększenie funduszu ś. p. Barzyckiego. 105·—

7. Ze sprzedaży zbioru ustaw t. III, na rzecz funduszu ś. p. Barzyckiego . . . . 200·80

9.937·50

Wszyscy ofiarodawcy raczą przyjąć imieniem obdarowanych wdów i sierót najszczersze podziękowanie.

W ubiegłym roku trzej koledzy uczynili zapisy, dotąd jeszcze nie zrealizowane, na rzecz naszego Towarzystwa, które powiększą w najbliższej przyszłości bardzo znacznie nasze fundusze wieczyste.

Zmarły dnia 27 marca 1913 w Starym Sączu Dr. Leopold Gawełkiewicz zapisał »dziesięć tysięcy K na fundusz wdów i sierót po lekarzach, należących do Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie«. Urodził się w r. 1843 w Starym Sączu, ukończył gimnazyum w Krakowie, tamże uzyskał stopień doktora medycyny w r. 1870, a doktora chirurgii w r. 1875. Przez całe życie wykonywał praktykę lekarską w swojem mieście rodzinnem, w którem umarł. Testamentem z 21 listopada 1911 zapisał cały swój majątek na cele publiczne.

Ostatnią wolą z daty: Tarnów 10 lutego 1911 ustanowił ś. p. Dr. Alfred Kalisz na rzecz Towarzystwa naszego legat 10.000 K, z których »odsetki mają być obracane na wsparcia wdów i sierót po lekarzach, przyczem zastrzeżono, że kapitał ma być nienaruszony i zapisany w księgach jako kapitał żelazny pod nazwiskiem spadkodawcy«.

Ś. p. Alfred Kalisz praktykował w Tarnowie Zapisem swoim zaskarbił sobie trwałą wdzięczność kolegów.

Sądowe pertraktacye spadkowe obu wymienionych legatów są w toku.

Wreszcie 18 sierpnia 1913 zawiadomił prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Dr. Macheka, pan Dr. Zbyszewski, adwokat krajowy we Lwowie, że przyjaciel jego, Dr. Adolf Lukas, radca cesarski w Wiedniu, zmarły dnia 5 sierpnia 1913, zapisał na rzecz Towarzystwa lekarzy galicyjskich kwotę 194.000 K która jest na razie w jego przechowaniu. Kwota ta ma być uzupełniona do 200.000 K. Jak z powyższego sprawozdania wynika, p. Doktorowa Lukasowa istotnie już kwotą 6.000 K fundacyę uzupełniła. Oprócz tego mają przypaść Towarzystwu jeszcze inne kwoty, na których zabezpieczone są dożywocia. Sąd dotąd odpisu testamentu Towarzystwu nie doręczył. Pan Dr. Zbyszewski wniósł do najwyższego trybunału podanie, aby pertraktacya spadkowa odbyła się we Lwowie, a nie we Wiedniu.

Dr. Adolf Lukas praktykował we Lwowie przez długi szereg lat, przyczem pełnił także obowiązki lekarza sądowego. Znany był z uczynności i gorliwości, gotów w każdej chwili nieść pomoc chorym. Dorobek całego życia przeznaczył na wsparcie wdów i sierót, a już od lat kilku, każdego roku, na cel ten przysyłał Towarzystwu po 200 K. Zwłoki przywieziono do Lwowa i pochowano na cmentarzu łyczakowskim. Na pogrzebie przemawiał imieniem Towarzystwa prezes profesor Dr. Machek.

W najbliższej tedy przyszłości powstaną trzy nowe fundusze wieczyste. Fundusz imienia Adolfa Lukasa będzie po fundacyi Stillerów największym funduszem Towarzystwa. Skromny człowiek ufundował sobie pomnik trwalszy od spiżowych, na który po wszystkie czasy spływać będą błogosławieństwa wdzięcznych wdów i sierót. Pamięci wszystkich trzech testatorów składamy imieniem społeczeństwa lekarskiego najgłębszą cześć!

Wsparcia stałe i czasowe. (Pensye i zapomogi). Wsparcia stałe (10.260 K) wraz ze wsparciami czasowemi (5.290 K) wynosiły razem 15.560 koron. Kwota ta, jak ze zestawienia rachunku za rok 1913 każdy obliczyć może, przewyższa bardzo znacznie kwotę, którą właściwie mieliśmy na wsparcia do dyspozycyi. Szliśmy tedy w udzielaniu wsparć do możebnie najdalszych granic. Powiększenie naszych funduszów w bilansie nie wynika z oszczędności w udzielaniu wsparć, lecz z darów, które z woli i nakazu ofiarodawców mają być kapitalizowane i których naruszyć nie wolno. Tu wspomnieć należy, że żadne Towarzystwo ekarskie nie obdarza tak hojnie swoich wdów. Zamożne Towarzystwo lekarskie warszawskie udziela swoim wdowom najwyżej 100 rubli rocznego wsparcia, lwowska Izba lekarska najwyżej 100 K.

Tytułem stałych wsparć rozdano w roku 1913, wdowom lub sierotom, niżej wymienione kwoty:

1) Pani Berthleff Marya ze Lwowa 300 K, 2) P. Brillowa ze Żmigrodu 200 K, 3) P. Buchowa Gizella ze Lwowa 240 K, 4) P. Cholewiczowa z Krakowa 300 K, 5) P. Czesnakowa Olga ze Lwowa 400 K, 6) P. Dulębina ze Lwowa 300 K, 7) P. Filimowska Ludwika z Wiednia 400 K, 8) P. Gofrykowa J. z Bełza 240 K, 9) P. Jasilkowska Marya ze Lwowa 300 K, 10) P. Jurkiewicz Zofia ze Lwowa 400 K, 11) P. Karpińska Józefa z Drohobycza 240 K, 12) P. Koernerowa Eugenia ze Stanisławowa 400 K, 13) P. Koncewiczowa Franciszka z Przeworska 300 K, 14) P. Kramarzyńska Aniela z Krakowa 240 K, 15) P. Krąpiec Marya z Tarnopola 240 K, 16) P. Last Rudolfina z Brzeżan 300 K, 17) P. Leniartkowa Ida ze Lwowa 400 K, 18) P. Lewandowska Stefania z Bochni 240 K, 19) P. Marynowska Wiktorya z Przemyśla 400 K, 20) P. Meyzel Henryka z Kołomyi 400 K, 21) P. Nidecka Helena z Leżajska 400 K, 22) P. Oleksina Honorata ze Lwowa 240 K, 23) P. Piźlowa Wanda z Tartakowa 300 K, 24) P. Pulmanowa Karolina z Chyrowa 300 K, 25) P. Reiss Stanisława z Dukli 300 K, 26) P. Riedmüllerowa Józefa z Miechowa 240 K, 27) P. Sieradzka Marya ze Lwowa 300 K, 28) P. Sochacka Helena ze Stryja 240 K, 29) P. Sokołowska Marya z Krakowa 300 K, 30) P. Szafferowa Eugenia z Krakowa 400 K, 31) P. Szczepańska Adela ze Lwowa 360 K, 32) P. Teitelbaumowa Henryka z Brzeżan 400 K, 33) P. Zrogowska Joanna ze Lwowa 240 K. Razem 10.260 Koron.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich przyznała w roku 1913 następujące jednorazowe wsparcia (zapomogi):

1) P. Bartmańska Kornela z Podgórza 100 K, 2) P. Berthleff Marya ze Lwowa 100 K, 3) P. Biochowa Felicya z Krakowa 100 K, 4) P. Chamajdes A. ze Lwowa 50 K, 5) P. Cholewiczowa Otylia z Krakowa 100 K, 6) P. Chmielecka Fl. ze Lwowa 130 K, 7) P. Dulębina S. z Sieniawy 100 K, 8) P. Gobieńska Paulina 200 K, 9) P. Gofryk Józefa z Bełza 100 K, 10) P. Januszkiewiczówna Zofia z Pilzna 100 K, 11) P. Jasilkowska Kazimiera ze Lwowa (sierota) 100 K, 12) P. Karpińska Józ. z Drohobycza 240 K, 13) P. Koncewiczowa Franciszka z Przeworska 200 K, 14) P. Kirkorowa Małgorzata z Krakowa 200 K, 15) P. Krańska Lucya ze Lwowa 400 K, 16) P. Krzykowska A. z Krakowa 200 K, 17) P. Kuiłowska Joanna z Bolechowa 100 K, 18) P. Kulczycka Stefania 200 K, 19) P. Lechówna Aleksandra ze Lwowa (sierota) 100 K, 20) P. Liwaczowa Marya z Tarnowa 200 K, 21) P. Marynowska Wiktorya z Przemyśla 200 K, 22) Musiałowicz Tadeusz ze Lwowa (sierota) 100 K, 23) P. Obuszkiewicz Karolina z Rodatycz 100 K, 24) P. Piźlowa Wanda z Tartakowa 200 K, 25) P. Reiss Betti 100 K, 26) P. Solarykówna ze Lwowa (dwie sieroty) 300 K, 27) P. Steidler Józefa ze Lwowa 50 K, 28) P. Szamedówna Z. ze Lwowa 120 K, 29) P. Szczepańska Adela ze Lwowa 200 K, 30) P. Wernicka Ludwika ze Lwowa 100 K, 31) P. Wasylewska Wanda z Buczacza (sierota) 200 K, 32) P. Widmanowa Michalina z Brzeżan 400 K, 33) P. Dr. Zawadil Bogusław ze Lwowa 200 K.

Razem 5.290 Koron.

Fundusze wieczyste Towarzystwa, przeznaczone na wsparcia. Tablica 6. naszych wykazów rachunkowych daje dokładne wyobrażenie o funduszach Towarzystwa. Stan funduszów, z których pobieramy odsetki, wynosił z dniem 31 grudnia 1913 roku 379.100 K nom. i 479·71 K gotówką; dług zaś Morszyna wynosi 23.408·09 K. Wraz z kwotą, z której pobierają dożywotnicy odsetki, wynosi stan funduszów 554.870·13 K. Przyrost papierów wartościowych w depozycie wynosi w r. 1913 44 400 K. Fundusze wieczyste mają obecnie osobną księgę główną, w której każdy fundusz ma swoje konto.

Ruch naukowy Towarzystwa ogniskował się w dwóch oddziałach miast uniwersyteckich, w Towarzystwie lwowskiem i krakowskiem. W oddziałach w Czortkowie, Jarosławiu, Przemyślu, Stanisławowie, Stryju i Zakopanem odbywały się posiedzenia. Niektóre oddziały ogłaszają streszczenia posiedzeń w naszych organach. Organizacya innych oddziałów pozostawia wiele do życzenia. Będzie zadaniem nasze, przy zmianie statutu, która jest w toku, obmyślić sposoby, któreby organizacyę oddziałów przemieniły i wzmocniły.

Pisma nasze, Przegląd lekarski i Tygodnik lekarski spełniają jak zawsze chlubnie swoje zadanie, z wielkim pożytkiem dla piśmiennictwa polskiego i dla nauki polskiej.

Po śmierci syndyka naszego, adwokata Dr. Tadeusza Sołowija, objął jego kancelaryę adwokat Dr. Władysław Sołowij. Kiedy tenże został dyrektorem Banku kredytowego, objął akta i sprawy naszego Towarzystwa adwokat Dr. Gorecki. Szereg spraw prowadził także adwokat Dr. Krzemieński. O przebiegu sprawy spadkowej po ś. p. Dr. Lukasie informował nas adwokat Dr. Zbyszewski.

II.

Sprawozdanie z Morszyna.

Obecnie urzędująca Rada zawiadowcza gospodaruje w Morszynie od lat trzech. Czysty dochód w tym czasie uzyskany, stanowiący fundusz inwestycyjny Morszyna, wynosi 8.400·34 K, a jeżeli do tego dodamy należną za rok 1913 resztę z należytości dzierżawnej, w kwocie 1.108 K 81 h, tedy czysty dochód uzyskany w 3 ostatnich latach wynosi 9.509·15 K. Na spłatę późniejszą należytości dzierżawnej zgodziliśmy się, ze względu na tegoroczną klęskę, powstałą skutkiem słoty.

Fundusz ten umożebnia wykonanie koniecznych inwestycyi, które potrzebne są do dalszego gospodarstwa; wydzierżawienie zakładu było dotąd z tego powodu niemożebne, że nie było funduszu na niezbędne inwestycye. Cały szereg dzierżawców układał się z nami o dzierżawę — każdy układ rozbił się o inwestycye. Zebranie obecnie istniejącego funduszu inwestycyjnego w najtrudniejszych warunkach — w latach klęski dla zdrojowisk, jest niewątpliwie zasługą obecnie przyjętego, oględnego i rachunkowego systemu gospodarowania.

Sprawa sprzedaży Morszyna przedstawia się w następujący sposób: Wydział krajowy w roku 1910 zawiadomił Towarzystwo nasze, że przedłoży Wysokiemu Sejmowi wniosek o zrzeczenie się ze strony kraju prawa substytucyi, i to z przychylną opinią. Obecnie już to Wydział krajowy wykonał. Skoro Wysoki Sejm zrzeknie się prawa substytucyi, starać się będziemy u Rządu o zmianę aktu fundacyjnego. Jeżeli i to nastąpi, wtedy dopiero Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich orzeknie, czy sprzedać Morszyn, czy też w inny sposób zapewnić Towarzystwu takie dochody, jakie odpowiadają wartości tej posiadłości.

Na razie zmuszeni jesteśmy administrować i nadal Morszynem. Doświadczenie pouczyło nas, że należyty rozwój zakładu, prowadzonego we własnym zarządzie, pomimo dzielnych kierowników, jakimi byli Dr. Sabatowski i Dr. Pohorecki, jest niemożebny. Zakład wymaga nieprzerwanej troski i wytrwałego nadzoru przez rok cały. Tej potrzebie zadość uczynić może tylko właściciel na miejscu mieszkający, albo dzierżawca, w którego interesie leży rozwój i udoskonalenie zakładu. Obecnie są w toku rokowania o wydzierżawienie zakładu na lat dziesięć.

III.

W skład Rady zawiadowczej wchodzili:

Prezes: kol. Machek Emanuel. Zastępca prezesa: kol. Rencki Roman. Sekretarz: kol. Zabłocki Stanisław. Skarbnik: kol. Schellenberg Leopold. Delegatami do Rady zawiadowczej wybrało Towarzystwo lekarskie lwowskie Prezesa i zastępcę prezesa, krakowskie kol. Browicza Tadeusza i kol. Ciechanowskiego Stanisława.

Walne Zgromadzenie wybrało kolegów: Fechtera Tadeusza (Jarosław), Gluzińskiego Antoniego, Lachowicza Zdzisława, Müllera Emila i Sołtysika Mieczysława (Stryj).

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Lwów, dnia 20 lutego 1914.

Sekretarz: *St. Zabłocki.* Prezes: *Emanuel Machek.*

I. Zestawienie rachunków za rok 1913.

DOCHODY.

		Efekta	Gotówka	
	Stan gotówki 1 stycznia 1913		12.630	75
	I. Dochody zwyczajne:			
1	Morszyn zakład i posiadłość		21.047	39
2	Opłaty członków Towarzystwa lekarskiego lwowskiego		546	—
3	« » « » krakowskiego		422	—
4	Opłaty członków		6.776	35
5	Wpisowe		60	—
6	Dary na wdowy i sieroty		481	—
7	Dary ofiarowane z zastrzeżeniem kapitalizacyi, a dochody przeznaczone na wdowy i sieroty		9.937	50
8	Odsetki z kapitałów fundacyjnych i rachunków bieżących		14.743	94
	II. Dochody nadzwyczajne:			
9	Zrealizowano zapis prof. Czyżewicza wraz z odsetkami		25.239	88
10	Wylosowane papiery		2.070	80
11	Zakupione efekta dla funduszów wieczystych	45.000		
12	Wylosowane efekta z funduszu Barzyckiego kwit depozytowy Banku kraj. nr. 1217	1.500		
		46.500	93.955	61

WYDATKI.

		Efekta	Gotówka	
1	Morszyn zakład i posiadłość		19.896	95
2	Administracya		1.809	79
3	Przegląd lekarski		2.538	—
4	Tygodnik lekarski		2.535	75
5	Wsparcia stałe (pensye)		10.260	—
6	Wsparcia czasowe (zapomogi roczne)		5.290	—
7	Ulokowano w papierach wartościowych		36.529	58
8	Podatek ekwiwalentowy		521	24
9	Zwroty funduszom, odsetki drobnych funduszów		636	14
10	Zwrócono funduszowi Barzyckiego — kwit dep. Banku kraj. nr. 1217	1.800	—	—
		1.800	80.017	45
	Stan 31 grudnia 1913	44.700	13.938	16
	Razem	46.500	93.955	61

II. Bilans za rok 1913.

	Stan czynny	K	h
1	Pozostałość kasowa z 31 grudnia 1912: a) fundusz inwestycyjny Morszyna 8.400·34 K, b) gotówką . . . . 5.437·82 » . .	13.838	16
2	I. Fundusze niewzrastające. Papiery wartościowe nom. . . .	220.100	—
3	II. » wzrastające » » » . . .	150.600	—
4	III. » tworzące się » » « . . .	8.400	—
5	IV. » z których pobierają odsetki dożywotnicy	151.882	33
6	Własność funduszów, złożonych w Kasie Oszczędności	479	71
7	Morszyn winien funduszowi pensyjnemu Towarzystwa	23.408	09
8	Los turecki Nr. 294.398 należy do fundacyi Niedzwieckiego .	229	—
9	Depozyt w Banku krajowym (rachunek Morszyna)	1.000	—
10	Wartość Morszyna wraz z zakładem	268.045	—
	Razem . .	837.482	29

Stan czynny 31. XII. 1913 . . . . 725.105·54 K
Stan czynny 31. XII. 1912 . . . . 703.624·61 »
W roku 1913 powiększył się stan czynny o 21.480·93 K

	Stan bierny	K	h
	Długi na dobrach Morszyna		
1	Reszta I. pożyczki hipotecznej	66.482	58
2	Reszta II. pożyczki hipotecznej	22.486	08
3	Pożyczka z funduszów Towarzystwa	23.408	09
		112.376	75
	Stan czynny 31 grudnia 1913	725.105	54
	Razem . .	837.482	29

3. Lokacya walorów i kapitałów, stanowiących stan czynny.

Pozycya 1 a.

8.400·34 K ulokowane na książeczce Banku krajowego Nr. 684. Książeczka w przechowaniu skarbnika.

Pozycya 2 b.

5.437·82 K na rachunku Banku krajowego Nr. 684 do dyspozycyi prezesa wraz ze skarbnikiem. W przechowaniu skarbnika.

Pozycya 2, 3, 4.

Walory, mające zabezpieczenie pupilarne, złożone są w Banku krajowym — kwit depozytowy Nr. 2978 w kwocie 379.100 K nom.

Pozycya 5.

Zapis Dr. Jasińskiego w depozycie sądowym 91.055 K 22 h. Zapis Dr. Barzyckiego na 60.826 K 51 h, złożony w Banku krajowym — kwit depozytowy Nr. 1217, w przechowaniu skarbnika.

Pozycya 6.

Na książeczce Galicyjskiej Kasy Oszczędności Nr. 53085 w przechowaniu skarbnika 479 K 71 h.

Pozycya 8.

Los turecki Nr. 294.398 w przechowaniu skarbnika.

Pozycya 9.

Złożone w Banku krajowym.

4. Fundusz administracyjny.

1. Tygodnik lekarski	2538 K	— h	
2. Przegląd lekarski	2535 »	75 »	
3. Prowadzący książki i manipulantka	560 »	— »	
4. Dar dla wdowy po prowadzącym książki	100 »	— »	
5. Druki, księgi, wydatki kancelaryjne	99 »	05 »	
6. Należytość pocztowej Kasy Oszczędności	28 »	73 »	
7. Asekuracya kasy od włamania	12 »	28 «	
8. Oddziały prowincyonalne	80 »	— »	
9. Lokal, światło, opał	400 »	— »	
10. Kursor	63 »	— »	
11. Sekretarskie wydatki, portorya, telegramy	109 »	35 »	
12. Koszta administracyi Banku krajowego	142 »	98 »	
13. Portorya i zapomogi	5 »	98 »	
14. Druk znaczków na wody mineralne	91 »	42 »	
15. Druk sprawozaania za rok 1912	100 »	— »	
16. Stół do biura	17 »	— »	
	6883 K	54 h	

5. Fundacya Stillerów.

Rachunek Morszyna za rok 1913.

I. Dochody:

1. Polowanie	500 K	— h
2. Za sól morszyńską, dzierżawca p. Poratyński	770 »	16 »
3. Asekuracya leśniczego, płaci p. Poratyński	72 »	— »
4. Eckstein dzierżawa folwarku	3491 »	19 »
5. Za prawo wyszynku	525 »	— »
6. Zakład z łazienkami i pensyonat	13350 »	49 »
7. Za drzewo	250 »	— »
8. Spadkobiercy Reinherza w drodze ugody odstąpili od procesu i złożyli	300 »	— »
9. Ozyasz Eckstein za dzierżawę gruntu koło Medwejówki	50 »	— »
10. Na podatek za wyszynk	614 »	62 »
11. Wartość drzewa opałowego na deputaty i dla zakładu, wartość budulca, dochód z lasu	1123 »	93 »
	21047 K	39 h

II. Rozchody:

1. Asekuracya leśniczego	144 K	— h
2. Płaca leśniczego, klucznika, leśnego i wydatki na zalesienie	1820 »	— »
3. Naprawy — firma Bogdanowicz	100 »	— »
4. Asekuracya służby morszyńskiej	23 »	— »
5. Anonse	74 »	— »
6. Prestacya szkolna	72 »	60 »
7. Podatek ekwiwalentowy	304 »	50 »
8. Naprawa kotła	465 »	— »
9. Asekuracya od ognia	752 »	73 »
10. Raty Banku krajowego 3270 K + 1073·26 K	4343 »	26 »
11. Koszta prowadzenia zakładu i łazienek	8220 »	42 »
12. Podatki	1808 »	89 »
13. Administracya	30 »	— »
14. Podatek za prawo wyszynku	614 »	62 »
15. Wartość drzewa wydanego na deputaty, na opał do zakładu, łazienek	1123 »	93 »
	19896 K	95 h

6. Wieczyste fundusze Tow. z dniem 31 grudnia 1913.

I. Fundusze niewzrastające.

(Procenta wchodzą do funduszów pensyjnego i zapomogowego).

1. Dra Barzyckiego	2400	
2. » Biesiadeckiego	14300	
3. Prof. Czyżewicza	34000	
4. Dra Garbińskiego	2800	
5. » Jasińskiego	126300	
6. Fundusz jubileuszowy	3200	
7. Dra Krówczyńskiego	800	
8. » Krzeczunowicza	8600	
9. » Łuszczkiewicza	800	
10. » Mahla	3400	
11. » Merunowicza	4000	
12. » Niedźwieckiego	17300	
13. » Różańskiego	300	
14. » Józ. Świątkiewicza	1400	
15. » Szulisławskiego	500	
	220100	Razem 220.100·—

II. Fundusze wzrastające.

(Procenta wchodzą do funduszu pensyjnego i zapomogowego).

		na książeczce	Morszyn. dłużny	
1. Prof. Gilewskiego	32.100	71·68	—	
2. Dra Lukasa	7.500	190·48	—	
3. Własny fundusz Tow. lek. galic.	111.000	—	23.408·09	
	150.600	262.16	23 408·09	174.270·25

III. Fundusze, których procenta przyłącza się na razie do kapitału.

1. Prof. Macheka	1.000	120·42	
2. » Marsa	3 800	18·91	
3. » Rydygiera	2.200	22·22	
4. » Ziembickiego G.	1.000	40·—	
5. Kaplica Morszyńska	400	16·—	
	8.400	217·55	Razem 8.617·55

IV. Fundusze, z których procenta pobierają dożywotniczki.

1, Dra Jasińskiego	91.055·82	
2. » Barzyckiego	60.826·51	
	151.882·33	151.882·33
		Razem 554.870·13

W depozycie Banku krajowego. Kwit depozytowy Nr. 2.978 było 31. XII. 1912 . . . . . . 334.700 K
W depozycie Banku krajowego. Kwit depozytowy Nr. 2.978 było 31. XII. 1913 . . . . . . 379.100 K
Przyrost depozytu w roku 1913 . . . . 44.400 K

Depozyt Dra Barzyckiego wzrósł w r. 1913 o 300 Koron, skutkiem wylosowania papierów wartościowych (1912: 60.526·51, 1913: 60.826·51 K).

I. Wykaz członków Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

1. Andruszewski Mieczysław
2. Auerbach Emanuel
3. Allerhand Henryk
4. Aschkenazy Zygmunt
5. Balicki Stanisław
6. Bałłaban Teodor
7. Barącz Roman
8. Bardecki Stanisław
9. Bądzyński Stanisław
10. Beck Adolf
11. Bednarski Adam
12. Begleiter Henryk
13. Berezowski Kazimierz
14. Berlstein Jakób
15. Bett Maksymilian
16. Bickeles Gustaw
17. Bieńkowski Bogumił
18. Blumenfeld Antoni
19. Bocheński Kazimierz
20. Bohosiewicz Teodor
21. Breiter Rudolf
22. Brill Marcin
23. Burzyński Alfred
24. Bylicki Władysław
25. Berger Mieczysław
26. Bandrowski
27. Chomin Antoni
28. Czarnik Stanisław
29. Czernecki Wincenty
30. Czaczkowski I.
31. Czyżewicz Adam
32. Chowańcówna Wanda
33. Czubalski Franciszek
34. Cieszyński Antoni
35. Damański Emanuel
36. Damm Albert
37. Danielski Zygmunt
38. Daum Ludwik
39. Dąbrowski Stefan
40. Dębicki Klemens
41. Diaczek Stanisław
42. Diamant Zygfryd
43. Doliński Eugeniusz
44. Dybuś-Jaworski August
45. Dmochowski Zdzisław
46. Drak Juliusz
47. Domaszewicz Aleksander
48. Ehrlich Dawid
49. Elektrowicz Emil
50. Elektrowicz Adam
51. Fels Izrael
52. Festenburg Gerard Edward
53. Feuerstein Izydor
54. Feuerstein Leon
55. Fox Jan
56. Franke Maryan
57. Fuchs Stanisław
58. Fuchsówna Franciszka
59. Gabel Wilhelm
60. Gabryszewski Antoni
61. Gabryszewski Tadeusz.
62. Gąsiorowski Napoleon
63. Gembarzewski Zygmunt
64. Godlewski Maryan
65. Gluziński Antoni
66. Gluziński Lesław
67. Głowacki Bolesław
68. Grabowski Mieczysław
69. Gracka Józef
70. Graf Józef
71. Grek Jan
72. Greliński Adam
73. Gröbel Emanuel
74. Gemski Wilhelm
75. Goldstein Naftali
76. Gerus Kazimierz
77. Goździewski Stanisław
78. Haisig Karol
79. Halban Henryk
80. Herman Maksymilian
81. Hermelin Eliasz
82. Hescheles Izydor
83. Hołobut Teofil
84. Hołodyński Jerzy
85. Hornowski Józef
86. Hornung Karol
87. Hückel Juljan
88. Heschelesówna Fryderyka
89. Handwerker Salomon
90. Jakubowski Karol
91. Janda Franciszek
92. Jedlička Michał
93. Jurasz Antoni
94. Janiček Rudolf
95. Jakowicki Władysław
96. Kaczyński Stanisław
97. Karchezy Eugeniusz
98. Kasparek Juljan
99. Kicki Tytus
100. Kielanowski Bolesław
101. Kikinger Edward
102. Kohlberger
103. Konopacki Mieczysław
104. Kośmiński Franciszek
105. Kossak Leon
106. Kotiers Zdzisław
107. Kowalski Edmund
108. Krasucki Kazimierz
109. Krzyżanowski Kalikst
110. Kucharski Piotr
111. Kučera Paweł
112. Kuhn Adolf
113. Kulczycki Aleksander
114. Kwiatkiewicz Stanisław
115. Knapczyk Aleksander
116. Łaba Roman
117. Lachowicz Zdzisław
118. Lateiner Emil
119. Legeżyński Wiktor
120. Lenartowicz Jan
121. Leńko Zenon
122. Leszczyński Roman
123. Lewicki Stanisław
124. Lilien Norbert
125. Litwinowicz Tadeusz
126. Lipski Kazimierz
127. Ludwig Stanisław
128. Łukasiewicz Włodzimierz
129. Linkówna Zofia
130. Lehm Samuel
131. Lazarus Hugo Leon
132. Loth
133. Machek Emanuel
134. Mahl Fryderyk
135. Majewski Adam
136. Mańkowski Ludwik
137. Margulies Maksymilian
138. Marischer Juljan
139. Markowski Józef
140. Markowski Zygmunt
141. Mars Antoni
142. Mazanek Ignacy
143. Mehrer Henryk
144. Meisels Juljusz
145. Meisels Samuel
146. Mayer Józef
147. Mikołajski Szczepan
148. Mikulski Antoni
149. Miszke Tadeusz
150. Modrakowski Jerzy
151. Müller Emil
152. Münzer Jakób
153. Mayer Abraham
154. Michałowicz Mieczysław
155. Musiał Albin
156. Notz Juljusz
157. Nowicki Witold
158. Nelken Jan
159. Obmiński Ksawery
160. Opieński Jan
161. Orzechowski Kazimierz
162. Ostrowski Tadeusz
163. Owczarski Bronisław
164. Panek Kazimierz
165. Pańczyszyn Maryan
166. Papée Jan
167. Piasecki Eugeniusz
168. Pilewski Oskar
169. Pisek Wilhelm
170. Podlewski Kazimierz
171. Pogonowska Marya
172. Pohorecki Andrzej
173. Popielski Leon
174. Praschil Tadeusz
175. Progulski Stanisław
176. Prus Jan
177. Pfau Leopold
178. Pietrzycki Ignacy
179. Philipp Emil
180. Raczyński Jan
181. Reichenstein Marek
182. Reinhold Jonasz
183. Reis Wiktor
184. Rencki Roman
185. Rosner Ignacy
186. Rothfeld Jakób
187. Rubin Aron
188. Ruff Salomon
189. Rump Henryk
190. Rydygier Ludwik
191. Rehan Zygmunt
192. Rupp Jan
193. Sabat Bronisław
194. Sabatowski Antoni
195. Schellenberg Leopold
196. Schneider Natan
197. Schramm Hilary
198. Selcer Józef
199. Selcer Jakób
200. Serbeński Walery
201. Sielski Szczęsny
202. Sieradzki Włodzimierz
203. Silberstein Emil
204. Silberstein-Diamandowa Zofia
205. Singer Emanuel
206. Skałkowski Bronisław
207. Sochański Józef
208. Sochański Henryk
209. Solecki Kazimierz
210. Schneider Karol
211. Sołowij Adam
212. Spalke Zygmunt
213. Stachiewicz Teofil
214. Starklówna-Węgrzynowska Stella
215. Starzewski Józef
216. Stauber Salomon
217. Stenzel Rudolf
218. Stroynowski Edward
219. Świątkiewicz Michał
220. Świątkowski Jan
221. Świątkowski Stefan
222. Świtalski Mieczysław
223. Stumpf Władysław
224. Stęising Zdzisław
225. Sandauer Ignacy

226. Szczurkowski Stanisław
227. Szpilman Józef
228. Szumowski Władysław
229. Szydłowski Zdzisław
230. Szyjkowski Leopold
231. Szymański Henryk
232. Szymonowicz Władysław
233. Skórczewski Witold
234. Sohn Izaak
235. Smolin Bazilius
236. Szadkowski Piotr
237. Schusterówna Helena
238. Stobiecki Zygmunt
239. Siengalewicz Sergjusz
240. Szczepański Zdzisław
241. Skrowaczewski Paweł
242. Tobiaszek Józef
243. Toczyski Franciszek
244. Tomaszewski Zdzisław
245. Trzcieniecki Kazimierz
246. Turnau Karol
247. Tenenbaum Salomon
248. Wachtel Antoni
249. Wachnianin Miron
250. Walichiewicz Tadeusz
251. Wallach Zygmunt
252. Weksler Emil
253. Wein Henryk
254. Weinreb Mojżesz
255. Wernicki Kazimierz
256. Węgrzynowski Lesław
257. Wiczkowski Józef
258. Wiczyński Tadeusz
259. Wieser Ignacy.
260. Woytkowski Jan
261. Wolf Aron
262. Wyhowski Władysław
263. Wyrzykowski Kazimierz
264. Willner Zygmunt
265. Zabłocki Stanisław
266. Zakrzewski Józef
267. Zalewski Teofil
268. Zawadil Bogumił
269. Zbyszewski Leon
270. Zgórski Kazimierz
271. Ziembicki Grzegorz
272. Ziembicki Witold
273. Zion Oswald
274. Zakrejs Franciszek
275. Zaorski Jan.
276. Litwinowicz Orest

II. Wykaz członków krakowskiego Towarzystwa lekarskiego.

1. Ackerman Adam
2. Prof. Bujwid Odon
3. Buzdygan Mikołaj.
4. Prof. Dobrowolski Stanisław
5. Dąbrowski Ludwik
6. Prof. Hoyer Henryk
7. Józefczyk Tadeusz
8. Prof. Kader Bronisław
9. Prof. Klecki Karol
10. Prof. Kostanecki Kazimierz
11. Kozłowski Michał
12. Krokiewicz Antoni
13. Prof. Krzyształowicz Franciszek
14. Kwaśnicki Augustyn
15. Prof. Łazarski Józef
16. Łobaczewski Adam
17. Prof. Nowotny Franciszek
18. Prof. Reiss Władysław
19. Schwarz Albin
20. Prof. Wachholz Leon
21. Prof. Wicherkiewicz Bolesław
22. Wilczyński Ludwik
23. Aronsohn Julian
24. Aronsohn Samuel
25. Bannet Arnold
26. Prof. Baurowicz Aleksander
27. Berezowski Tadeusz
28. Berggrün Alfred
29. Bier Leonard
30. Blassberg Maks
31. Boczar Stanisław
32. Bogdanik Józef
33. Borzęcki Eugeniusz
34. Bossowski Aleksander
35. Braun Stanisław
36. Brudzewski Karol
37. Bujak Władysław
38. Cercha Maks.
39. Prof. Chlumsky Wacław
40. Prof. Ciechanowski Stanisław
41. Cybulski Teodor
42. Czerny Edward
43. Dadej Kazimierz
44. Damski Wacław
45. Doboszyński Ludwik
46. Droba Stanisław
47. Dundaczek Karol
48. Dura Józef
49. Edelmann
50. Eichhorn Ferdynand
51. Eiger Maryan
52. Engländer Bernard
53. Filipkiewicz Stefan
54. Filipkiewicz Władysław
55. Flis Kazimierz
56. Frączkiewicz Jan
57. Friedman Ludwik
58. Frommer Artur
59. Prof. Gliński Leon Konrad
60. Prof. Godlewski Emil
61. Godlewski Maryan
62. Gólski Stanisław
63. Górski Ksawery
64. Grażyński Edward
65. Grzybowski Grzegorz
66. Habicht Kazimierz
67. Hackbeil Bronisław
68. Rogalski Romuald
69. Hirsch Dawid
70. Hirsch Herman
71. Hladij Józef
72. Prof. Horoszkiewicz Stefan
73. Jabłoński Antoni
74. Jakobsohn Leopold
75. Jankowski Stanisław
76. Janiszewski Tomasz
77. Jasieński Józef
78. Jaugustyn Stanisław
79. Prof. Jaworski Walery
80. Kania Władysław
81. Kapellner Maurycy
82. Kleczkowski
83. Komorowski Bolesław
84. Kopf Leon
85. Korabczyńska Bronisława
86. Krongold Regina
87. Korolewicz Bolesław
88. Kostecki Jan
89. Kostrzewski Józef
90. Koźniewski Jan
91. Kramarzyński Adam
92. Kruczek Szczepan
93. Krzyszkowski Józef
94. Krzysztoń Kazimierz
95. Kupczyk Edward
96. Kwiatkowski Benedykt
97. Lachs Jan
98. Landau Jan (senior)
99. Landau Jan (junior)
100. Landau Rafał
101. Lang Ottokar
102. Prof. Latkowski Józef
103. Leinkram Michał
104. Prof. Lewkowicz Ksawery
105. Lustgarten Ludwik
106. Loria Maria
107. Lustig Samuel
108. Prof. Łepkowski Wincenty
109. Borowiecki
110. Majewicz Edmund
111. Prof. Majewski Kazimierz
112. Malinowski Gustaw
113. Marcisiewicz Feliks
114. Markowa Ada
115. Prof. Maziarski Stanisław
116. Mazurkiewicz Jan
117. Mączka Tomasz
118. Meliński Fryderyk
119. Merunowicz Tadeusz
120. Merz Alfred
121. Prof. Mięsowicz Erwin
122. Millet Abraham
123. Mirtenbaum Z.
124. Murczyński Władysław
125. Murdzieński Franciszek
126. Nitsch Roman
127. Nowaczyński Jan
128. Oświęcimski Feliks
129. Owsiński Józef
130. Pachoński Antoni
131. Piątkowski Maryan
132. Prof. Piltz Jan
133. Piotrowski Tymoteusz
134. Pisarski Tadeusz
135. Pisek Henryk
136. Pluciński Michał
137. Prof. Ponikło Stanisław
138. Potrzebowski Piotr
139. Poźniak Stanisław
140. Praetzel Gustaw
141. Radecki Paweł
142. Radliński
143. Radwańska Wanda
144. Rose Maks.
145. Rosenblatt Emanuel
146. Rosenhauch Edmund
147. Prof. Rosner Aleksander
148. Ruppertowa Kazimiera
149. Różycki Feliks
150. Prof. Rutkowski Maks
151. Rydel Adam
152. Schlank Józef
153. Służewski Karol
154. Schneider Ludwik
155. Schoengut Stefan
156. Schudmak Antoni

157. Schumann Franciszek
158. Sędzielowski Józef
159. Seńkowski Michał
160. Sikorska Helena
161. Sikorski Stanisław
162. Skobel Stanisław
163. Skórkowski Wacław
164. Skudro Stanisław
165. Śliwiński Michał
166. Sopiński Józef
167. Spira Rafał
168. Stahr Eliasz
169. Stankiewicz Wiktor
170. Staszewski Mieczysław
171. Steinberg Bernard
172. Sternbach Dawid
173. Steuermark Zygmunt
174. Stopczański Jan
175. Surzycki Józef
176. Syrop Jakób
177. Świątek Wincenty
178. Szurek Stanisław
179. Trzciński Bogusław
180. Prof. Talko Hryncewicz
181. Wachtel Zygmunt (senior)
182. Wachtel Zygmunt (junior)
183. Wąsowicz Zygmunt
184. Weinsberg Jakób
185. Weinberg Regina
186. Weissglas
187. Weber Henryk
188. Wernikowski Wiktor
189. Wespański Antoni
190. Witaliński Wincenty
191. Wojciechowski Bruno
192. Woynarowski Karol
193. Zamorski Stanisław
194. Zanietowski Józef
195. Żeleński Tadeusz
196. Żuliński Edward
197. Prof. Żuławski Karol
198. Walcer
199. Zubrzycki Józef
200. Grünhut Józef
201. Glassner Roman
022. Szymański Ant.
203. Drobniewicz
204. Żydłowicz Władysław
205. Meliński J.
206. Weber Henryk
207. Ruppertowa Kazimira
208. Skudro Stanisław
209. Landau Maurycy
210. Wąsowicz Zygmunt
211. Czyrniański A.
212. Momidłowski Walery
213. Zakrzewski Wacław
214. Michejda Karol
215. Jaworski Kazimierz
216. Lauer Aleksander
217. Prof. Wrzosek Adam
218. Majer Karol
219. Kramarzyński Mieczysław
220. Nartowski Mieczysław.

III. Wykaz członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich, należących do oddziałów prowincyonalnych.

1. Acker S., Szczerzec
2. Altmann Z., Jezierzany
3. Baczyński A., Czortków
4. Baczyński E., Zborów
5. Bąkowski T., Wadowice
6. Baraniecki R., Kossów
7. Bednarski J., Alwernia
8. Bednarski J., Nowy Targ
9. Benoni F., Dynów
10. Beaurain K., Zakopane
11. Bielatowicz M., Nisko
12. Bielecki J., Rymanów
13. Bienenwald J., Buczacz
14. Biliński M., Peczeniżyn
15. Bilowicki L., Biały Kamień
16. Blech B., Przemyśl.
17. Blumental I., Bolechów
18. Bory J., Drohobycz
19. Borysiewicz N., Monasterzyska
20. Bilwin M., Mielnica
21. Bryliński J., Janów ad Trembowla
22. Brodziński L., Mikulińce
23. Brzeziński E., Zakopane
24. Bujalski M., Obertyn
25. Bulikowski S., Wiedeń
26. Buraczyński, Czerniowce
27. Chalbazany B., Stryj
28. Choróbski S., Podhajce
29. Chuderski F., Kossów
30, Chramiec A., Zakopane
31. Ciepielowski K., Kolbuszowa
32. Cieszewski W., Nadwórna
33. Czaplicki Z., Zakopane
34. Czyżewicz W., Jarosław
35. Dadlec J., Rawa ruska
36. Danielski J., Rzeszów
37. Dawidowicz E., Stanisławów
38. Dembowski M., Podgórze
39. Dietzius A., Jarosław
40. Dłuski K., Zakopane
41. Dobieński Wł., Jaremcze
42, Dobrucki G., Stanisławów
43. Dolnicki C., Stryj
44. Drzymalik S., Żółkiew
45. Dwernicki S., Borysław
46. Dziewoński W., Kęty
47. Dzikowski Z., Tarnów
48. Edelheit Z., Sanok
49. Edelszein A., Bóbrka
50. Ehrlich H., Przemyśl
51. Eichel E., Skole
52. Eliasiewicz Z., Drohobycz
53. Fechter T., Jarosław
54. Feldmann M., Jarosław
55. Ferensiewicz M., Bohorodczany
56. Fiałkowski W., Rzeszów
57. Finkel H., Zamarstynów
58. Fleszar J., Łańcut
59. Fonferko A., Żywiec
60. Frank A., Mielec
61. Friedberg J., Brody
62. Friedwald A., Jarosław
63. Frydman Z., Gorlice
64. Gabryszewski T., Bóbrka
65. Gałek J., Borszczów
66. Garguliński E., Czortków
67. Gaschge M., Jarosław
68. Gawlik J., Sucha
69. Gawlik J. (junior), Zakopane
70. Gąsiorowski St.. Winniki
71. Gąsiorek F., Łapanów
72. Giełczyński W., Bohorodczany
73. Glücksman S., Wiśniowczyk
74. Gładyszowski E., Kopyczyńce
75. Godłowski A., Lisko
76. Górka J., Sędziszów
77. Gołębiowski K., Stanisławów
78. Górski S., Rybotycze
79. Grabscheid C., Żydaczów
80. Hammerschlag R., Krościenko
81. Hanakowski W., Oświęcim
82. Händel A., Jarosław
83. Harasowski A., Delatyn
84. Hernich F., Rudnik
85. Herscher J., Husiatyn
86. Hintze R., Rzeszów
87. Hitzner A., Jasło
88. Hyżycki C., Przemyślany
89. Hordyński D., Tarnopol
90. Idziński W., Żywiec
91. Ikałowicz M., Bolechów
92. Iłowicki M., Leżajsk
93. Jaciów M., Magierów
94. Jajus M., Soakl
95. Januszkowski A., Zakopane
96. Jarocki P., Sokal
97. Jarosz W., Złoczów
98. Jasiński S., Nowy Sącz
99. Jaworowski M., Jasło
100. Jaworowski, Szczerzec
101. Jaworski B., Kołomyja
102. Jeger J., Tłuste
103. Jeż A., Weleśnica
104. Josse J., Nadwórna
105. Jung K., Brody
106. Jungst W., Borynia
107. Kadyi J., Jasło
108 Kapellner M., Borysław
109. Karaś A., Sucha
110. Karpiński S., Trembowla
111. Kiczales I., Stryj
112. Knauer W., Radłów
113. Kołączkowski J. Szczawnica
114. Komorowski C., Przeworsk
115. Konera S., Lubaczów
116. Kotłowski S., Dolina
117. Kowalewski E., Myślenice
118. Kowalski M., Stryj
119. Kowenicki A., Brzeżany
120. Kowenicki W., Tarnopol
121. Kozłowski Br., Drohobycz
122. Krasowski S., Stanisławów
123. Kraszewski W., Zakopane
124. Kraus A., Dolina
125. Krzyształowicz G., Mikołajów
126. Kubisztal St., Stanisławów
127. Kudas J., Sanskimost
128. Kurasiewicz J., Sanok
129. Kurowiec J. Kałusz
130. Kurzyniec W., Dąbrowa
131. Kuźniar W., Tarnobrzeg
132. Kwieciński M. Biała
133. Landau S., Andrychów
134. Langsam G., Nowy Targ
135. Laskiewicz A., Niźniów

136. Lebedowicz E., Mościska
137. Lechowicz W., Bóbrka
138. Lechowski W. Drohobycz
139. Lewicki L., Kołomyja
140. Lewicki Z., Krosno
141. Lic F., Jagielnica
142. Lic H., Brzozów
143. Loewy A., Nisko
144. Loewy O., Przeworsk
145. Ławrowski W., Nisko
146. Łodygowski I., Milówka
147. Łodziński J., Myślenice
148. Łowczowski W., Wojnicz
149. Maciejowicz S., Tartaków
150. Markiewicz D., Kałusz
151. Malsburg H., Brzeżany
152. Małaczyński R., Tłamacz
153. Meisels Z., Jarosław
154. Meller I., Baranów
155. Mendlowski W., Gliniany
156. Michalik J., Tarnopol
157. Michalski W., Skole
158. Milewski T., Kołomyja
159. Mondschein M., Stanisławów
160. Morawski K., Zakopane
161. Mosler M., Żółkiew
162. Mossor K., Cieszanów
163. Muszkiet K., Żółkiew
164. Mossoczy St., Chyrów
165. Nacht E., Jarosław
166. Natter W., Frysztak
167. Nikliborc, Kalwarya Zebrz.
168. Niziołek P., Brzozów
169. Nycz W. Biała
170. Nowotny G., Zakopane
171. Opolski J., Stanisławów
172. Opydo F., Wadowice
173. Orłowski W., Jarosław
174. Orski J., Jaworów
175. Ostafiński M., Stanisławów
176. Ostersetzer A., Czortków
177. Ozimek S., Tarnów
178. Ożarowski S., Uhnów
179. Pajączkowski W., Sanok
180. Pawlicki T., Stary Sącz
181. Peczenik L., Stryj
182. Pelczar Z., Drohobycz
183. Piaskiewicz W., Kołomyja
184. Pietrzycki A., Bochnia
185. Pilzer H., Tarnów
186. Piotrowski W., Kamionka St.
187. Pohorecki W., Husiatyn
188. Poliwka K., Stanisławów
189. Połochajło J., Lubaczów
190. Porajewski J., Lisko
191. Porycki Br., Bukaczowce
192. Przybylski S., Próchnik
193. Puzon R., Jarosław
194. Ramer S., Sanok
195. Rappaport O., Synowódzko wyż.
196. Rawski T., Rozdół
197. Riezer A., Chrzanów
198. Rose E., Rawa ruska
199. Rosen A., Zaleszczyki
200. Rosenblüth E., Lubaczów
201. Roth S., Żurawno
202. Roth J., Krempna
203. Rossberger S., Jarosław
204. Rotter A., Cieszanów
205. Różecki J., Zakopane
206. Ruczka S., Niżankowice
207. Rudzki St., Zakopane
208. Sawicki A., Kańczuga
209. Schmeidler L., Radymno
210. Schutt E., Przemyślany
211. Seidlerówna, Stanisławów
212. Sekanina F., Rożniatów
213. Serkowski E., Stryj
214. Siedlecki J., Nowy Sącz
215. Siegel Z., Rymanów
216. Silberstein J., Przeworsk
217. Skibicki A., Brzeżany
218. Skórski M., Żywiec
219. Slączka A., Krosno
220. Slęk Fr., Przemyśl
221. Ślusarczyk A., Oświęcim
222. Smyczyński I., Przeworsk
223. Sobelsohn F., Wiśniowczyk
224. Sobieszczański L., Sambor
225. Sołtysik M., Stryj.
226. Soniewicki T., Stary Sambor
227. Spannbauer K., Sucha
228. Spatz M., Jarosław
229. Spiegel E., Frysztak
230. Stanowski Z., Winniki
231. Stokłosiński F., Rawa ruska
232. Strumieński A., Brody
233. Stupnicki., Kamionka str.
234. Tarchalski J., Zator
235. Tarnawski A., Kossów
236. Taub S., Strzyżów
237. Terlecki A., Rohatyn
238. Teufel S., Sieniawa
239. Tiegermann E., Drohobycz.
240. Tokarski F., Jedlicze
241. Topolnicki J., Tarnopol
242. Tryniecki B., Grodzisko
243. Trzaskowski J., Jarosław
244. Tworowski J., Weitersfelden Oberów
245. Turnhaim J., Jarosław
246. Turteltaub J., Lisko
247. Turzański G., Jarosław
248. Uhacz B., Maków
249. Udziela M., Gródek Jag
250. Urbanik W., Tarnobrzeg
251. Vincenz A.. Peczeniżyn
252. Wachs Majer., Żółkiew
253. Wachnianin J., Rawa ruska
254. Wągrowski K., Czortków
255. Walczyński J., Tarnów
256. Walsleben T., Krosno
257. Wehrn L., Mikołajów
258. Weinreb S., Budzanów
259. Werner K., Sniatyn
260. Wieselmann J., Zakopane
261. Wilczyński L., Zakopane
262. Wilder J., Drohobycz
263. Wilson R., Kopyczyńce
264. Winogrodzki A., Oświęcim
265. Wojnarowski W., Zupanjac (Bośnia)
266. Woyczyński M., Zakopane
267. Wurst K., Kałusz
268. Wisłocki J., Zakopane
269. Zadurowicz E., Turka
270. Zaorski B., Busk
271. Zaremba G., Wadowice
272. Zasadzki S., Szczurowice
273. Zatłokal B., Brzeżany
274. Zauderer B., Trawnik (Bośnia)
275. Zawadzki A., Czortków
276. Zbigniewicz J., Tarnów
277. Zborowski J., Andrychów
278. Zieliński E., Nowy Sącz
279. Żędzianowski S., Wadowice
280. Żukotyński F., Ropczyce
281. Żychoń S., Zakopane

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 18. III. b. r. posiedzenie, na którem przedstawili chorych kol. prym. Borzęcki, Bujak, prof. Kader, prof. Lewkowicz i Schlank. W dyskusyi przemawiali kol. Blassberg, Glatzel, prof. Gliński, Latkowski, Lewkowicz i Kader.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Eugeniusz Stanisław Rąpała rodem z Jaćmierza, Stanisław Typrowicz z Mszany i Franciszek Jan Waga z Przeciszowa w Galicyi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. III. do 7. III. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 5 † 2), krztuśca 6 † 1 (— † —), ospy wietrznej — † — (— † —), płonicy 20 † 3 (3 † 1), odry 12 † — (1 † —), duru brzusznego — † — (— † —), zapalenia opon m. — † —, róży — † —, tężca — † — (1 † —).
Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Franciszek Neugebauer mianowany został członkiem honorowym belgijskiego Towarzystwa ginekologiczno-położniczego w Brukseli.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 22. II. do 7. III. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 9 † 1, błonicy — † —, duru brzusznego 3 † —, dławca krtani 1 † —, gruźlicy płuc 1 † —, gruźliczego zapalenia opon mózgowych 1 † 3.

W tymże czasie zgłosiło się do ambulatoryum przypadków: odry 2, błonicy 3, krztuśca 8, ospy wietrznej 1.
Dr Łyskawiński.

Z różnych stron. Za staraniem lekarzy, głównie dolnoaustryackich, podjęto myśl stworzenia w Bad Hall sanatoryum dla wdów i sierot po lekarzach. Do komitetu zajmującego się tą sprawą należy m. i. namiestnik Górnej Austryi i prezydenci prawie wszystkich Izb lekarskich.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.